



Extrait du Campus de Neurochirurgie

<http://campus.neurochirurgie.fr/spip.php?article412>

Névrалgie du trijumeau

- Etudiant en neurochirurgie - Documents - Livre Neurochirurgie -

Date de mise en ligne : vendredi 16 janvier 2009

Campus de Neurochirurgie

I - INTRODUCTION

Grâce à l'originalité de sa symptomatologie, la névralgie essentielle a été individualisée très tôt ; la première description date de la fin du XVIIème siècle avec J.H. FEHR et J.LOCKE. Dès 1756, ANDRE utilise le terme de "tic douloureux de la face" devenu universel pour désigner la névralgie essentielle du trijumeau. Pourtant, en France, le patronyme reste celui de TROUSSEAU depuis sa remarquable description qui faisait preuve d'une intuition physiopathologique étonnante en la désignant sous le nom de "névralgie épileptiforme".

Le terme de névralgie faciale essentielle désigne une douleur faciale paroxystique, intermittente, unilatérale et strictement localisée à une ou plusieurs branches du trijumeau. Son étiologie reste discutée mais le caractère normal des examens cliniques et paracliniques la différencie des névralgies faciales symptomatiques.

Au cours des dernières années, la stratégie thérapeutique médicamenteuse a évolué et surtout le traitement des névralgies trigéminales rebelles aux thérapeutiques médicamenteuses a bénéficié durant les 15 dernières années, de la mise au point de plusieurs techniques chirurgicales : les unes par voie percutanée (thermocoagulation, injection cisternale de glycérol, compression du ganglion de GASSER par ballonnet gonflable), les autres par abord direct (section partielle microchirurgicale de la pars major, décompression vasculaire microchirurgicale). Les auteurs présentent les avantages et les inconvénients de chacune de ces techniques récentes.

II - ETUDE CLINIQUE

A. Facteurs épidémiologiques

L'incidence de la maladie est faible : cinq nouveaux cas par an pour 100 000 habitants. Il existe de rares observations familiales où le début névralgique s'effectue à l'âge habituel et selon une sémiologie typique : HARRIS en dénombre 30 sur 250 cas étudiés.

B. Sémiologie clinique et diagnostic

Dans sa forme typique, le diagnostic est aisé, reposant sur quatre éléments cliniques :

1 La qualité de la douleur Elle est intense et paroxystique : procédant par éclairs douloureux, le plus souvent à type de décharges électriques, parfois de broiements et arrachements, beaucoup plus rarement de brûlures. Ces éclairs sont très brefs, de l'ordre de la seconde, mais peuvent se grouper en salves pour constituer des accès de une à deux minutes ; entre ceux-ci, le malade ne souffre pas. La fréquence des accès détermine la gravité de l'affection.

2 La topographie de la douleur Elle est unilatérale, toujours strictement localisée au territoire du trijumeau et le plus souvent limitée à une de ses branches. Il s'agit dans 40 % des cas, du maxillaire supérieur, en général dans le territoire sous orbitaire, la douleur prenant naissance au niveau de la lèvre supérieure, à l'aile du nez ou dans la gencive supérieure. Dans 20 % des cas, le territoire atteint est le maxillaire inférieur, souvent limité à celui du nerf mentonnier. La névralgie isolée de la branche ophtalmique, en général dans le territoire sus orbitaire (paupière supérieure, racine du nez) s'observe dans moins de 10 % des cas.

3 Les conditions de déclenchement de la douleur Elles sont caractéristiques, mais peuvent parfois manquer : la plus

habituelle est l'excitation directe d'un territoire cutané, plus rarement muqueux, appelé "zone gâchette" ("trigger zone"). La provocation de l'accès peut être aussi indirecte par la parole, la mimique, le rire ou l'alimentation. Chaque accès douloureux est suivi d'une période réfractaire d'une à deux minutes, où les stimulations tactiles sont inefficaces et que les malades mettent à profit pour réaliser les gestes déclenchant habituellement la douleur.

4. *La négativité de l'examen neurologique* C'est le quatrième élément sémiologique, indispensable au diagnostic.

- ▶ la névralgie essentielle du trijumeau évolue sur un mode discontinu : les périodes douloureuses sont séparées par des rémissions spontanées qui peuvent durer plusieurs mois, voire quelques années.
- ▶ dans certaines névralgies trigéminales authentiques, l'accès douloureux se poursuit par une douleur faciale continue pendant quelques minutes, à type de chaleur ou de brûlure, avec rougeur contemporaine de l'hémiface, larmoiement et rhinorrhée. Ces signes vasomoteurs sont plus fréquents dans les formes avec atteinte de l'ophtalmique de Willis.
- ▶ formes vieilles de la névralgie essentielle : en évoluant la névralgie peut perdre certains de ses caractères et en particulier évoluer sur un fond douloureux continu. Ce dernier peut prédominer dans la description du malade et seul l'interrogatoire dirigé met en évidence les paroxysmes essentiels au diagnostic. Il est également possible d'observer une hypoesthésie. Celle-ci doit être vérifiée par plusieurs examens car elle n'est souvent liée qu'à la proximité du dernier accès.
- ▶ les formes bilatérales des névralgies essentielles sont rares (5 %) et toujours secondaires à une localisation initiale unilatérale. Chaque côté évolue pour son propre compte avec des accès asynchrones.

Il faut souligner que le diagnostic de névralgie essentielle est généralement facile, établi par le seul interrogatoire, et que les erreurs se font habituellement par excès. La seule véritable difficulté réside dans l'affirmation du caractère essentiel de la névralgie.

La véritable difficulté diagnostique concerne les névralgies symptomatiques dont les traits sémiologiques sont proches de ceux de la forme essentielle. La distinction est d'autant plus difficile qu'il existe dans les formes dites "essentielles" des facteurs anatomiques de compression en particulier vasculaires qui rendent un peu dépassée cette dichotomie idiopathique/symptomatique C'est dans ce cadre qu'il faut discuter les névralgies faciales dites "atypiques" par les Anglo-Saxons, qui associent à des douleurs paroxystiques typiques sensibles à la carbamazépine, soit un fond douloureux plus ou moins intermittent, soit une hypoesthésie parfois dissociée et localisée au territoire douloureux, soit les deux. Sous réserve d'un bilan complet préalable à la recherche d'une étiologie précise, ces formes peuvent bénéficier d'une exploration de l'angle ponto-cérébelleux à la recherche d'une boucle vasculaire et d'une décompression microchirurgicale (cf. chapitre traitement chirurgical)

III - PHYSIOPATHOLOGIE

La physiopathologie de la névralgie essentielle du trijumeau reste l'objet de nombreuses questions et de vives controverses.

Schématiquement, on peut opposer 2 hypothèses :

- ▶ l'hypothèse "périphérique" selon laquelle la névralgie essentielle du trijumeau relève d'une atteinte périphérique du nerf, qui sert de base au traitement chirurgical.
- ▶ l'hypothèse "centrale" selon laquelle les douleurs fulgurantes sont le fait d'une activité paroxystique du système trigéminale comparable aux décharges épileptiques (névralgie épileptiforme de TROUSSEAU), qui a présidé aux essais thérapeutiques par les antiépileptiques, phénytoïne d'abord puis carbamazépine (BLOM, 1962). En fait, aucune de ces deux hypothèses ne peut emporter seule la conviction et il semble beaucoup plus probable que facteurs périphériques et facteurs centraux s'associent pour générer une névralgie "essentielle" du trijumeau, les premiers déclenchant et pérennisant les seconds.

IV - TRAITEMENT

Le premier traitement efficace de la névralgie essentielle est à mettre à l'actif du neurologue français BERGOUIGNAN qui eut l'idée d'utiliser un antiépileptique (Phényl-hydantoïne). En 1962 BLOM publie l'efficacité spectaculaire de la carbamazépine (Tégréto) qui reste le traitement médicamenteux de référence de la névralgie du trijumeau. Plus récemment FROMM et coll., en 1980, ont mis en évidence l'efficacité du baclofen (Liorésal) qui potentialise par ailleurs l'action du Tégréto. Les autres thérapeutiques n'ont qu'un "rôle d'appoint" et elles ne sont utilisées seules qu'en cas d'intolérance à la carbamazépine ou au baclofen. Lorsque la névralgie devient résistante au traitement médical, ou lorsque celui-ci est mal supporté, les techniques neurochirurgicales qu'elles soient percutanées ou par abord direct, peuvent se discuter.

A. Les méthodes percutanées. *La thermocoagulation percutanée du trijumeau* La méthode percutanée actuellement la plus populaire est sans nul doute, la thermocoagulation du trijumeau. Mise au point par SWEET en 1969, elle repose sur deux bases fondamentales :

- ▶ la première est l'existence d'une somatotopie des fibres au niveau du ganglion de GASSER et de la portion rétro-gassérienne de la racine. Ainsi est-il possible, si l'on place en situation correcte la portion dénudée de l'électrode, d'obtenir un effet topographique sélectif sur la zone douloureuse (schéma N° 1)
- ▶ la seconde correspond au fait qu'une lésion thermique (entre 60° et 80°C) appliquée sur un nerf sensitif, altère davantage la conduction des fibres de petit calibre A delta et C que celle des grosses fibres myélinisées A bêta et gamma. Cette destruction préférentielle des fibres nociceptives, qui avait été mise en évidence chez l'animal, n'est en réalité pas aussi sélective qu'on le pensait initialement, comme en témoignent l'étude des seuils sensitifs, ainsi que les contrôles électrophysiologiques réalisés chez l'homme après thermocoagulation. Ces contrôles montrent en effet que le réflexe trigémino-facial, les potentiels évoqués somesthésiques du V et le réflexe masticateur sont généralement abolis après thermocoagulation et ce, pendant très longtemps.

Technique Après introduction percutanée sous contrôle radiologique, d'une électrode à travers la joue et le trou ovale, une thermocoagulation est réalisée au niveau de la portion immédiatement rétro-gassérienne du trijumeau. L'existence d'une somatotopie précise à ce niveau permet de placer l'électrode de telle façon que la thermocoagulation n'atteigne que les fibres correspondant au territoire douloureux. Le repérage de la bonne position de l'électrode se fait par contrôle radiologique et électrostimulation. Celle-ci évoque des fourmillements dans le territoire sensitif correspondant aux fibres stimulées. Seuls les temps correspondant au passage du trou ovale et à la thermocoagulation proprement dite, nécessitent une anesthésie générale par voie veineuse, sans intubation trachéale, de brève durée (c'est-à-dire d'une à deux minutes à chaque fois).

Lorsque le trou ovale est franchi, l'électrode est poussée en haut, en arrière et en dedans, jusqu'à ce qu'elle soit légèrement au dessus de l'arête supérieure du rocher et légèrement en arrière du clivus, ce qui en principe correspond à une situation à la jonction entre plexus triangulaire et racine postérieure, au niveau de la sortie du trijumeau du cavum de Meckel dans l'angle ponto-cérébelleux (schéma N° 2) Pour certains auteurs, l'émission de liquide céphalo-rachidien par le trocart attesterait de la bonne position de l'électrode au sein de la citerne trigéminale. L'étude de notre série nous a permis de constater que la fréquence de survenue d'une émission de LCR était presque la même que l'extrémité du trocart soit dans le GASSER (60 %) ; le plexus triangulaire (55 %) ou la racine postérieure (45 %), en se basant sur la position de l'extrémité de l'électrode sur un cliché de profil. Le repérage neurophysiologique par stimulation électrique et thermique est reconnu par tous comme fondamental. La stimulation électrique, lorsqu'elle évoque des paresthésies dans le territoire des fibres sensibles correspondant à la zone douloureuse, permet d'affirmer que l'on se trouve au sein ou dans le voisinage du contingent des fibres à coaguler. Nous ne considérons ce test comme fiable que si les paresthésies apparaissent pour un seuil inférieur ou égal à 0,2 volts. Un seuil nettement supérieur à cette valeur témoigne d'une situation trop à distance de l'électrode.

Résultats Ils ont été évalués de la façon suivante :

- ▶ les résultats ont été considérés comme excellents, c'est-à-dire optima compte tenu des possibilités de la

méthode, lorsqu'il y avait un effet complet sur la douleur, une hypoesthésie parfaitement centrée sur la zone gâchette et l'absence de tout effet secondaire indésirable ; comme satisfaisants lorsqu'il y avait un effet complet sur la douleur mais une hypoesthésie décentrée et/ou la présence d'un effet indésirable mineur tel que l'atteinte masticatrice (le plus souvent transitoire), des paresthésies et/ou des dysesthésies bien tolérées, une anesthésie cornéenne sans kératite ; enfin comme mauvais lorsqu'il existait malgré un effet complet sur la douleur une complication telle que paresthésies et dysesthésies pénibles, kératite, atteinte oculo-motrice.

Nos résultats ont été considérés comme excellents ou satisfaisants respectivement dans 64 % et 30 % des cas, soit un total de 94 %) et mauvais dans 6 % des cas. Il n'y a eu aucun échec immédiat, le passage du trou ovale s'étant avéré possible (malgré les difficultés chez certains patients) chez tous nos malades. Le taux de récurrences s'est élevé à 7 %.

L'étude des résultats de quelques grandes séries de la littérature de langue française (PERTUISET, 1977 ; THUREL, 1977 ; SIEGFRIED 1981) et de la littérature étrangère (SWEET, 1974 ; ONOFRIO, 1975 ; TEW 1982), montre que ceux-ci sont assez voisins d'une série à l'autre, témoignant du caractère reproductible de cette technique entre toutes les mains entraînées (Tableau N°1). Dans l'ensemble de ces séries, la mortalité a été nulle. La plupart des malades ont été guéris de leur névralgie (succès immédiats de 88 % à 100 %, récurrences de 13 % à 29 %, selon les séries) au prix de complications relativement modérées (troubles sensitifs pénibles : de 0,5 % à 3 %, kératite : de 0 % à 5 %, paralysie oculo-motrice : de 0 % à 1 %), et d'effets secondaires acceptables (troubles sensitifs simplement gênants : de 3 % à 26 %, hypoesthésie cornéenne sans kératite : de 1 % à 10 %, paralysie masticatrice transitoire : de 2 % à 3 %, paralysie oculo-motrice transitoire : de 0 % à 3 %).

La comparaison des résultats de notre série avec ceux de la littérature fait apparaître quelques différences significatives qu'il est intéressant d'analyser. C'est ainsi que l'on peut constater que dans notre série, le taux de récurrences est de 7 %, c'est-à-dire inférieur à la moyenne des autres auteurs (13 % à 26 % selon les séries). Mais ce bon score n'a pu être obtenu qu'au prix d'un taux d'effets secondaires indésirables et de complications, supérieur à la moyenne de ceux observés dans les séries de la littérature. Ces chiffres signifient simplement qu'il existe une proportionnalité quasi obligatoire entre l'efficacité à long terme de la thermocoagulation et la présence d'effets indésirables.

Si l'on étudie les résultats obtenus dans notre série en fonction de la topographie de la thermocoagulation, la thermolésion a été faite dans 16 % des cas dans le ganglion de GASSER, dans 40 % des cas dans le plexus triangulaire et dans 44 % des cas dans la racine elle-même. Le pourcentage de résultats excellents et satisfaisants s'est avéré d'autant meilleur que l'électrode était en situation plus postérieure dans le système trigéminal : 83 % pour le ganglion de GASSER, 87 % pour le plexus triangulaire et 90 % pour la racine.

Les résultats ont été meilleurs lorsque l'électrode était dans le plexus triangulaire, plutôt que dans le GASSER ou dans la racine. Ces constatations nous conduisent à penser qu'il faut s'efforcer de pratiquer la thermolésion au niveau du plexus triangulaire, si possible à la jonction avec la racine. Cette remarque n'est pas nouvelle. En effet les premiers auteurs, FRAZIER en particulier, avaient justement constaté que si l'on voulait éviter au maximum les complications à type d'anesthésie douloureuse ou de kératite, malgré une hypoesthésie importante ou complète, il fallait sectionner le nerf au niveau rétro-gassérien et ne porter en aucune manière atteinte au ganglion lui-même. C'est pourquoi, il serait souhaitable que la thermocoagulation soit dénommée rétro-gassérienne (ou tout au moins trigéminal) plutôt que gassérienne.

2 L'injection de Glycérol dans la citerne trigéminal C'est à HAKANSON, du KAROLINSKA HOSPITAL de STOCKHOLM, que l'on doit l'introduction de la neurolyse par le glycérol, dans l'arsenal thérapeutique de la névralgie trigéminal. La découverte de son efficacité mérite d'être rapportée. L'équipe de LEKSELL utilisait de longue date l'irradiation stéréotaxique du GASSER par rayonnement gamma comme traitement de la névralgie faciale. Pour

faciliter le repérage radiologique de la cible, de la poudre de Tantalum en solution dans du glycérol était injectée dans la citerne trigéminale. A cette occasion, il fut remarqué que cette injection était capable à elle seule de supprimer les crises douloureuses paroxystiques sans provoquer de déficit sensitif. D'où l'idée d'HAKANSON en 1975, d'utiliser le glycérol seul comme moyen thérapeutique.

Les résultats publiés en 1981 par HAKANSON portant sur 75 cas et suivis avec un recul de deux mois à quatre ans, permettent de se faire une idée de la validité de la méthode. Le taux de récurrences s'élevait à 18 % ; il n'y avait pas de complication grave et les effets secondaires étaient relativement mineurs : légers engourdissements de l'hémiface, le plus souvent transitoires, dans 60 % des cas : éruptions herpétiformes dans 50 % des cas ; pas d'hypoesthésie importante ni de dysesthésie invalidante.

Plusieurs auteurs, dont LUNSFORD (112 cas) (LUNSFORD, 1984), DIECKMANN (70 cas), BECK (49 cas) et ARIAS (100 cas) ont rapporté des résultats similaires à ceux d'HAKANSON, dans les formes typiques de tic douloureux, confirmant ainsi la validité de la méthode. TAKUGAWA rapporte 122 cas de névralgies faciales traitées par injection de glycérol en qualifiant ses résultats d'encourageants, mais l'analyse de ces résultats montre que seuls 58 % des patients sont guéris avec un recul de 1 à 3 ans, 30 % présentent des dysesthésies désagréables, 2 patients souffrent d'une anesthésie douloureuse de la face et 3 ont une kératite. D'autres, comme SWEET, après une période initiale d'engouement en raison de la discrétion de l'hypoesthésie et des paresthésies faciales provoquées par le glycérol, ont émis par la suite d'importantes réserves à son encontre (SWEET, 1985). Parmi ces critiques, la plus importante est qu'il s'agit d'une méthode de réalisation délicate, difficilement reproductible, comportant des risques mal contrôlables de diffusion ou d'effet excessif du produit, entraînant des hypoesthésies et des dysesthésies durables et surtout grevée d'un taux important de récurrences au fur et à mesure du recul post-opératoire.

3 La compression percutanée du gasser par ballon Cette méthode mise au point par MULLAN en 1979, repose sur l'idée déjà ancienne de SHELDEN (MULLAN, 1983) qu'il est possible de faire disparaître les crises douloureuses de la névralgie faciale par une compression ménagée du ganglion de GASSER, sans même faire apparaître de complications sensitives importantes. L'introduction du ballon par voie percutanée, qui est douloureuse, nécessite que l'intervention soit faite sous anesthésie générale.

Les premiers résultats de la série de MULLAN qui comporte 72 cas, sont des plus favorables : succès immédiats : 98,5 %, récurrences avec des reculs de six mois à six ans : 15 %, hypoesthésie durable : 4 %, dysesthésies invalidantes : 6 % (MULLAN, 1985). Ces résultats paraissent confirmés par d'autres auteurs dont FRAIOLI en 1984 qui rapporte une série de 71 cas avec : succès immédiats : 87,5 % ; récurrences pour des reculs de neuf mois à trois ans : 16 % ; hypoesthésie durable : 8,5 % ; dysesthésies invalidantes : 10 %.

Telles sont les méthodes percutanées, avec leur simplicité relative. Cependant, leurs effets secondaires inévitables et leurs échecs justifient la place de l'abord direct, en l'occurrence la décompression microchirurgicale du trijumeau dans l'angle ponto-cérébelleux.

B. La décompression vasculaire microchirurgicale par abord direct.

Réalisée pour la première fois par GARDNER en 1959, après que DANDY dès 1934 et plus tard LAZORTHES aient insisté sur la constatation fréquente de conflits vasculaires chez les malades opérés dans l'angle ponto-cérébelleux pour névralgie faciale d'allure essentielle, la décompression vasculaire du trijumeau a été codifiée et popularisée par JANNETTA dès les années 1970. Depuis s'est établie une controverse sur la responsabilité des conflits vasculo-nerveux et sur l'efficacité de la décompression vasculaire microchirurgicale.

Dans notre série personnelle qui comporte actuellement plus de 400 cas, l'analyse des 150 premiers cas d'abords

directs de l'angle ponto-cérébelleux réalisés chez des malades adressés pour une névralgie faciale et suivis depuis plus de 3 ans, un conflit vasculo-nerveux ou une compression du nerf par une autre lésion a été rencontré respectivement dans 132 cas et 14 cas, soit dans 97 % des cas. Ces taux de 97 % nous paraît d'autant plus significatif que dans un groupe comparatif de 52 patients ayant subi une radicotomie partielle juxta-protubérantielle pour algies faciales d'origine néoplasique, nous n'avons jamais rencontré de conflit vasculo-nerveux évident. Nous n'ignorons pas cependant que HARDY et RHOTON ainsi que MERCIER dans leurs études anatomiques, mentionnent l'existence de boucles artérielles au contact du trijumeau, chez des sujets qui, de leur vivant, n'avaient pas présenté de névralgie faciale.

1 - *Technique* L'intervention faite sous anesthésie générale, réalise un abord à minima de l'angle ponto-cérébelleux par une petite crâniotomie qui permet l'accès au trijumeau et sa libération d'avec le ou les éléments conflictuels, lesquels sont maintenus à distance par l'interposition d'un petit fragment de Dacron ou mieux de Téflon (Schéma N° 3) Quelles que soient les modalités techniques, le but est toujours le même : transformer un état conflictuel en situation anatomique aussi normale que possible. Lors de la dissection de l'artère, un soin tout particulier doit être apporté à ne pas exercer de traction sur les branches perforantes destinées au tronc cérébral et à manipuler les boucles artérielles avec douceur pour ne pas provoquer de spasme de celles-ci, l'irrigation locale systématique des artères par un vasodilatateur type papavérine, nous est apparue une mesure de prudence pour prévenir toute ischémie liée aux spasmes.

2 - *Résultats* : En préliminaire, il convient de préciser certains détails concernant l'ensemble de nos cas. En effet, sur nos 150 premiers malades adressés pour névralgie faciale, 14 présentaient en réalité une névralgie symptomatique. Ces malades ont été guéris de leur névralgie par l'exérèse complète de la lésion responsable chez 11 patients et par section de la racine ou thermocoagulation du trijumeau les 3 autres fois. Parmi les 136 patients présentant une névralgie trigéminalle essentielle, aucun facteur anatomique responsable n'a été décelé à l'exploration de l'angle ponto-cérébelleux dans 4 cas seulement. Dans ces 4 cas, la névralgie a été traitée avec succès par radicotomie partielle juxta-protubérantielle.

Pour les 132 malades chez qui un facteur vasculaire compressif a été trouvé, il a fallu recourir 17 fois à une section partielle de la racine, le nerf ne pouvant être correctement décomprimé par la transposition de l'agent vasculaire responsable. Il s'agissait 9 fois d'une mégadolicho-artère vertébro-basilaire impossible à écarter et 8 fois d'une artère cérébelleuse difficile à maintenir à distance. Le total des malades ayant subi une décompression vasculaire microchirurgicale pure, s'établit donc à 115 malades dont nous allons analyser les résultats.

Pour commencer, il est important de signaler que 65 % d'entre eux présentaient des douleurs qui consistaient en des crises paroxystiques pures, alors que pour les 35 % restants, un fond douloureux permanent à type de brûlures était associé aux crises névralgiques. Deux malades sont décédés dans les suites opératoires : l'un en relation directe avec l'opération, l'autre sans rapport avec le geste opératoire. Parmi les 113 patients suivis avec un recul de 1 à 6 ans, (Tableau N° 2) à la décompression vasculaire microchirurgicale a obtenu une guérison complète de toute la symptomatologie douloureuse dans 83,2 % des cas et une guérison "dissociée" de celle-ci dans 3,5 % des cas, c'est-à-dire que pour ces derniers l'intervention a supprimé les crises douloureuses paroxystiques, mais a laissé persister le fond douloureux permanent. En outre, l'opération a été suivie d'une amélioration importante, ne nécessitant pas la reprise du traitement médical dans 2,7 % des cas et d'une amélioration légère rendant indispensable la poursuite du traitement médical, mais à des doses réduites, dans 2,7 % des cas. La série comporte 4,4 % d'échecs immédiats et 3,5 % de récidives.

La comparaison de nos résultats avec ceux d'autres auteurs, en particulier JANNETTA, (tableau n° 3) montre que les effets de la décompression vasculaire microchirurgicale sur la névralgie sont à peu près les mêmes. Le taux de mortalité y est sensiblement identique, de l'ordre de 1 %, en général par infarctus cérébelleux.

Parmi les faits cliniques importants pour le pronostic (tableau N° 4), le principal réside dans la différence significative ($p < 0,001$) entre le pourcentage de guérisons obtenues dans le groupe de 44 névralgies avec crises paroxystiques pures (95,4 %), et celui observé dans le groupe des 24 névralgies associées à un fond douloureux permanent (58,3 %), ces dernières pouvant rentrer dans le cadre des névralgies faciales "atypiques".

Dans l'avenir il est possible que l'exploration IRM, dont la précision des images pourrait être capables de montrer aussi bien les artères que les nerfs de l'angle ponto-cérébelleux, permette de mettre en évidence certains conflits vasculo-nerveux.

La négativité des examens complémentaires quels qu'ils soient (y compris l'artériographie vertébrale) ne permettant pas d'éliminer l'existence d'un conflit vasculo-nerveux. La décision d'un abord de l'angle ponto-cérébelleux ne peut être prise qu'après évaluation du risque opératoire et consentement du malade, en sachant que la probabilité de trouver un agent conflictuel est de 97 % d'après les données de notre série.

V - CONCLUSION

Que faut-il préférer : l'abord direct ou une méthode percutanée pour traiter une névralgie trigéminal résistante au traitement médical .

Bien entendu aucune réponse univoque ne peut être fournie à cette question. Fondamentalement nous pensons qu'il n'y a pas une méthode meilleure que les autres, mais qu'au contraire nous disposons de nombreuses techniques, dont chacune a sa place au mieux de l'intérêt du malade.

Trois situations peuvent se présenter en pratique :

- lorsque le malade est âgé ou que son état général est précaire, il est bien évident qu'une méthode percutanée s'impose même au prix d'un déficit sensitif dans le territoire initialement douloureux ; pour nous la méthode la plus fiable reste la thermocoagulation du trijumeau, mais la neurolyse du ganglion de Gasser par le glycérol ou sa compression par ballon peuvent lui être préférées par d'autres auteurs. La méthode percutanée reste par ailleurs le meilleur traitement chirurgical à proposer chez des patients atteints d'une SEP et présentant une névralgie faciale rebelle aux traitements médicaux.

- à l'inverse lorsque le malade est jeune, notamment s'il présente une névralgie irradiant au V1, nous préférons lui proposer une décompression vasculaire microchirurgicale qui permet une disparition de la douleur sans déficit sensitif secondaire et évite une intervention destructrice non spécifique.

<!--SPIP-->

► à vrai dire, il existe en pratique un grand nombre de situations intermédiaires où il est difficile de décider entre abord direct et méthode percutanée. Le choix est alors affaire de cas particuliers et devient fonction des convictions du chirurgien et de la préférence du malade pour l'une ou l'autre de ces techniques.

On peut par exemple, en accord avec le patient, réaliser en première intention une thermocoagulation, mais à minima pour ne pas entraîner d'effets secondaires sensitifs importants ou compromettre la qualité des résultats d'une décompression ultérieure, en le prévenant qu'en cas de récurrence ou d'effet incomplet, il lui sera proposé un abord direct. On peut aussi avoir recours à la décompression microchirurgicale d'emblée, ce qui est notre tendance actuelle, en raison de l'absence habituelle de toute séquelle sensitive, mais en n'en minimisant cependant pas les

dangers potentiels.

L'acquis de la théorie des conflits et l'effort actuel pour traiter la névralgie faciale de façon conservatrice, en évitant une chirurgie destructrice non spécifique, ont apporté un "souffle nouveau à ce vieux problème du mécanisme de la névralgie faciale essentielle" (SZAPIRO). Cependant, cette névralgie garde encore bien des mystères et constituera encore longtemps un sujet de travail et de controverse.

Succès

immédiats

Récidives

T.sens.

gênants

pénibles

Hypoesthésie

cornée

kératite

Paralysie

V.m

perm

Paralysie

oculo

mot. perm

Sindou et Keravel (609 cas) 1985. 13 ans de recul

100 %

7 %

15 %

5 %

23 %

4 %

25 %

2 %

4 %

0,2 %

Séries

de la

littérature

88 %

I

100 %

13 %

I

29 %

3 %

I

26%

0,5 %

I
3 %
1 %
I
10 %
0 %
I
5 %
2 %
I
43 %
1 %
I
2 %
0 %
I
3 %
0 %
I
1 %

Tableau N° 1. Résultats de la thermocoagulation. Comparaison des résultats des auteurs et de certaines séries importantes de la littérature.

113 cas - Recul : 1 à 6 ans

Guérison

82,2 %

Guérison dissociée

3,5 %

Amélioration importante

2,7 %

Amélioration légère

2,7 %

Echec

4,4 %

Récidives

3,5 %

Décès opératoire (1 cas)

0,8 %

Tableau N° 2. Résultats de la décompression vasculaire microchirurgicale

(série des auteurs)

411 cas - Recul : 1 à 10 ans

Guérison

83,5 %

Amélioration importante

9,3 %

Amélioration légère

0,5 %

Echecs

1,4 %

Récidives

5,3 %

Total

100 %

Décès opératoires (4 cas)

1 %

Tableau N° 3. Résultats de la décompression vasculaire microchirurgicale

(série de P. Jannetta)

Territoire douloureux

Type de douleurs

1 branche

Guerison/Total (%)

2-3 branches

Total

Crises paroxystiques

20/20

(100 %)

22/24

(91,6 %)

42/44

(95,5 %)

Crises paroxystiques +

Fond douloureux

permanent

7/8

(87,5 %)

7/16

(43,8 %)

14/24

(58,3 %)

Total

27/28

(96,4 %)

29/40

(72,5 %)

56/68

(82,4 %)

Tableau N° 4. Facteurs cliniques du pronostic de la décompression vasculaire microchirurgicale : étendue du territoire douloureux.

BIBLIOGRAPHIE

1. Blom S. Trigeminal neuralgia : its treatment with a new anticonvulsant drug (G-32883). **Lancet** **1** : 839-840, 1962.
2. Dandy W.E. Concerning the cause of trigeminal neuralgia. **Amer J Surg** **24** : 447-455, 1934.
3. Fromm G.H., Terrence C.F., Chattha A.S., Glass J.D. Baclofen in trigeminal neuralgia : its effect on the spinal trigeminal nucleus : a pilot study. **Arch Neurol** **37** : 768-771, 1980.
4. Gardner W.J., Miklos M.V. Response of trigeminal neuralgia to decompression of sensory root. Discussion of cause of trigeminal neuralgia. **J.A.M.A.** **170** : 1773-1776, 1959.
5. Hakanson S. Trigeminal neuralgia treated by the injection of glycerol into the trigeminal cistern. **Neurosurgery** **9** : 638-646, 1981.
6. Jannetta P.J. Treatment of trigeminal neuralgia by micro-operative decompression. In : **Neurological Surgery**. Ed 2, vol 6, Youmans J. (Ed.), W.B. Saunders, Philadelphia, 1982, pp 3589-3603.
7. Lunsford L.D., Bennett M.H. Percutaneous retrogasserian glycerol rhizotomy for tic douloureux. Part I : Technique and results in 112 patients. **Neurosurgery** **14** : 424-430 1984.
8. Mullan S., Lichtor T. Percutaneous microcompression of the trigeminal ganglion for trigeminal neuralgia. **J Neurosurg** **59** : 1007-1012, 1983.
9. Onofrio B.M. Radiogrequency percutaneous gasserian lesions. Results in 140 patients with trigeminal pain. **J Neurosurg** **42** : 132-139, 1975.
10. Pertuiset B., Philipon J., Nachanakian A., Van Effenterre R. Névrалgie faciale. Traitement par électro-thermie différentielle : 100 observations. **Nouv Presse Méd** **6** : 3717-3720, 1977.
11. Siegfried J. Percutaneous controlled thermocoagulation of gasserian ganglion in trigeminal neuralgia. Experiences with 1000 cases. In : **The cranial nerves** : Samii M., Jannetta P.J. (Eds.) Springer Verlag Berlin, 1981, pp 322-330.
12. Sindou M., Keravel Y. Thermocoagulation percutanée du trijumeau dans le traitement de la névrалgie faciale essentielle. Résultats en fonction du siège de la thermo-lésion. **Neurochirurgie** **25** : 166-172, 1979.

13. Sindou M, Keravel Y., Abdennebi B., Szapiro J. Traitement neurochirurgical de la névralgie trigéminal. Abord direct ou méthode percutanée ? **Neurochirurgie 33** : 89-111, 1987.
14. Sweet W.H. The treatment of trigeminal neuralgia (tic douloureux). **N Engl J Med 315** : 174-177, 1986.
15. Sweet W.H., Poletti C.E. Problems with retrogasserian glycerol in the treatment of trigeminal neuralgia. **Appl Neurophysiol** : **48**, 252-257, 1985.
16. Sweet W.H., Wepsic J.G. Controlled thermocoagulation of trigeminal ganglion and rootlets for differential destruction of pain fibers. **J Neurosurg 40** : 143-156, 1974.
17. Szapiro J. Jr., Sindou M., Szapiro J. Prognostic factors in microvascular decompression of trigeminal neuralgia. **Neurosurgery 17** : 920-929, 1985.
18. Tew J.M. Jr. Treatment of trigeminal neuralgia by percutaneous rhizotomy. In : **Neurological Surgery**, Vol 6, Youmans J.R. (Ed.), Saunders, Philadelphia, 1982, pp 3564-3579.
19. Thurel C., Houdart R., Levante A., Rey A., Trawale J.M., Soudant J. Traitement de la névralgie faciale essentielle par thermocoagulation différentielle du ganglion de Gasser. **Ann Oto-Laryng 84** : 3-15, 1977.