

Céphalée unilatérale référée par compression thoracique du nerf vague



Unilateral headache referred by thoracic compression of the vagus nerve

J.-M. Pellat^a
O. Casez^b
L. Sakhri^c

^aCentre d'évaluation et de traitement de la douleur, groupe hospitalier Mutualiste, 3, bis rue du Dr-Hermitte, 38000 Grenoble, France

^bPôle psychiatrie, neurologie et rééducation neurologique, CHU de Grenoble, CS 10217, 38043 Grenoble cedex 9, France

^cInstitut de cancérologie Daniel-Hollard, groupe hospitalier Mutualiste, 124, rue d'Alembert, 38000 Grenoble, France

RÉSUMÉ

Nous rapportons le cas d'un patient souffrant d'une céphalée occipito-auriculaire unilatérale réfractaire aux différents traitements utilisés, chez qui un adénocarcinome pulmonaire a été diagnostiqué neuf mois plus tard. La survenue de douleurs faciales unilatérales au cours d'un cancer pulmonaire en lien avec des mécanismes référés impliquant le nerf vague (dans sa portion thoracique) est rapportée dans de nombreuses observations publiées mais la localisation occipitale n'a jamais été décrite. La présentation clinique, le diagnostic et les mécanismes physiopathologiques de ces douleurs sont discutés à partir d'une analyse de la littérature. Devant une douleur atypique de l'extrémité céphalique pour laquelle le bilan étiologique reste négatif, une exploration thoracique à la recherche d'une pathologie néoplasique semble justifiée.

© 2018 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

SUMMARY

Atypical headaches with normal etiological explorations and unsuccessful treatment should lead to chest imaging, particularly to rule out lung cancer. We report herein the case of a 48-year-old man with refractory unilateral occipito-auricular headache for whom lung cancer was diagnosed 9 months after headache onset. The association between unilateral facial pain with lung cancer has already been reported. However referred occipito-auricular pain has not yet been described in the same situation. The clinical presentation and pathophysiology of this referred pain supposedly due to thoracic compression of the vagus nerve are discussed herein.

© 2018 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

INTRODUCTION

La douleur faciale unilatérale est un symptôme courant dont les étiologies sont multiples, incluant les pathologies primaires (céphalées trigémino-autonomiques en particulier) et secondaires d'origine dentaire, oto-

rhino-laryngologique ou neurologique. Lorsqu'aucun diagnostic ne peut être porté, conformément à la troisième édition de la classification de l'International Headache Society (version bêta), cette douleur est alors étiquetée « céphalée non classée ailleurs » [1]. Cependant, elle peut exceptionnellement

MOTS CLÉS

Cancer pulmonaire
Céphalées référées
Nerf vague
Douleur cancéreuse

KEYWORDS

Lung cancer
Referred headache
Vagus nerve
Cancer pain

Auteur correspondant :

J.-M. Pellat,
centre d'évaluation et de traitement de la douleur, groupe hospitalier Mutualiste, 3, Bis rue du Dr-Hermitte, 38000 Grenoble, France.
Adresse e-mail :
JM.PELLAT@ghm-grenoble.fr

précéder de plusieurs mois la découverte d'un cancer pulmonaire par des phénomènes référés en lien avec une compression thoracique du nerf vague [2]. En 1932, Fay suggère que des affections viscérales thoraciques ou abdominales pourraient générer des douleurs faciales atypiques [3]. Plusieurs décennies plus tard, Des Prez et Freemon rapportent le cas d'un patient souffrant de douleurs faciales unilatérales secondaires à un syndrome tumoral pulmonaire ipsilatéral [4]. Depuis, plusieurs observations ont été publiées et ont permis de mieux comprendre la présentation clinique de ces douleurs faciales référées, ainsi que leurs mécanismes. Nous rapportons le cas d'un patient non-fumeur souffrant d'une céphalée dont l'origine néoplasique pulmonaire n'a été découverte qu'au stade de métastases vertébrales lombaires. Les mécanismes physiopathologiques et la présentation clinique de ces céphalées référées sont discutés à partir d'une analyse de la littérature.

Cas clinique

Un homme âgé de 48 ans, non-fumeur, consulta pour des céphalées quotidiennes occipito-auriculaires droites continues, d'intensité fluctuante (modérée à sévère), non pulsatiles et sans caractéristique neuropathique ou névralgique. La symptomatologie était apparue en quelques jours deux mois auparavant. L'interrogatoire ne retrouvait pas de facteur déclenchant mais le patient signalait un contexte familial et socio-professionnel particulièrement difficile depuis 6 mois. Une névralgie d'Arnold avait été initialement évoquée par le médecin traitant. Le scanner cervical et cérébral ne révélait aucune anomalie tout comme l'IRM et l'angio-IRM encéphalique. Le bilan biologique comportant un ionogramme plasmatique, une NFS et un bilan inflammatoire (VS et CRP) était également normal. Plusieurs traitements de fond successifs ont été instaurés à doses efficaces (gabapentine, prégabaline, carbamazépine et amitriptyline) sans bénéfice sur l'intensité des douleurs. La présence d'un larmoiement intermittent lors des accès douloureux les plus intenses a motivé la prescription d'un triptan injectable en association à du vérapamil, là encore sans efficacité. Une antalgie partielle a été permise grâce à de l'ibuprofène à la posologie de 400 milligrammes 3 fois par jour. Trois infiltrations successives d'une ampoule de cortivazol à 1 mois d'intervalle, effectuées à l'émergence du nerf grand occipital droit, permirent une amélioration significative de l'antalgie (réduction de 40 % sur l'échelle visuelle analogique) dans les 15 jours suivants. Un suivi psychothérapeutique fut rapidement débuté devant une symptomatologie anxio-dépressive manifeste. Huit mois après le début de la prise en charge, une dysphonie apparut, suivie quinze jours plus tard d'une diminution progressive des céphalées occipitales jusqu'à leur disparition complète au bout de trois semaines. Le mois suivant, dans un contexte d'altération de l'état général, le patient rapportait une lombalgie aiguë d'horaire inflammatoire nécessitant une hospitalisation en rhumatologie. La tomodensitométrie rachidienne montra une lésion ostéolytique de la quatrième vertèbre lombaire. Le bilan d'extension permit le diagnostic d'un adénocarcinome sans profil mutationnel particulier, siégeant au niveau de la lingula, associé à de volumineuses adénopathies médiastinales bilatérales, notamment latérotrachéales droites, au contact du trajet du X (Fig. 1). Une chimiothérapie de 1^{re} ligne fut rapidement entreprise, ainsi qu'une radiothérapie à visée antalgique et consolidatrice de la 4^e vertèbre lombaire.

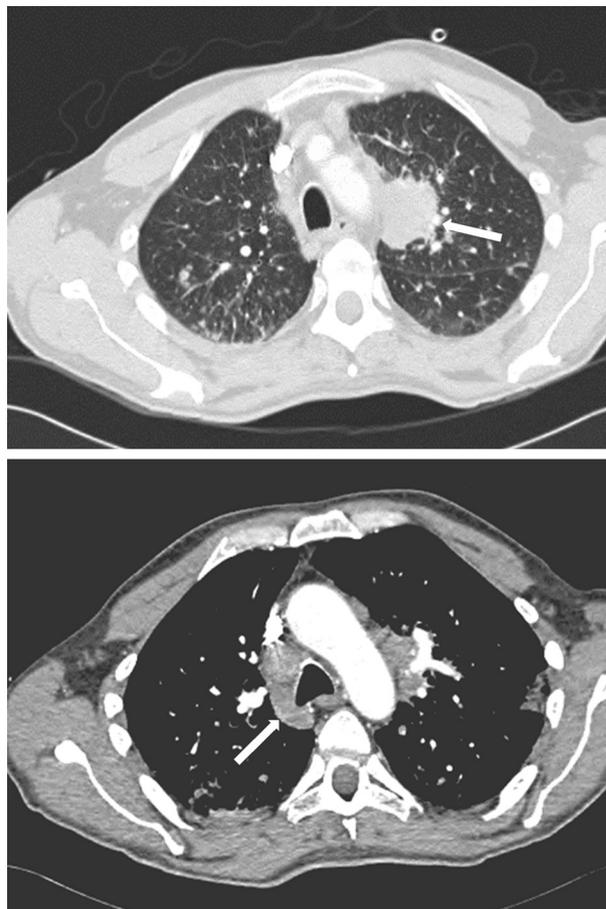


Figure 1. Coupe tomodensitométrie thoracique en fenêtre parenchymateuse (partie supérieure) objectivant un nodule pulmonaire bien limité de 46 mm de grand axe, siégeant au niveau de la lingula (flèche). En fenêtre médiastinale (partie inférieure), on visualise, d'une part, des adénopathies para-trachéales droites (flèche) potentiellement contraignantes sur le nerf vague homolatéral dans sa portion thoracique et, d'autre part, des adénopathies para-aortiques gauches.

DISCUSSION

Ce cas clinique illustre la possibilité de douleurs référées au niveau céphalique dans le cadre d'une pathologie tumorale médiastinale. Notons que la terminologie concernant les douleurs « projetées » (référées ou rapportées) n'a pas fait l'objet d'un consensus international. Classiquement, les douleurs référées sont générées par la convergence d'informations nociceptives viscérales sur un segment métamérique médullaire ou un noyau crânien, à l'origine d'un ressenti douloureux dans le territoire correspondant. On les différencie des douleurs rapportées (comme par exemple la douleur de sciatique disco-radulaire) se situant dans le champ récepteur d'une structure neurologique afférente siège d'une lésion. Trente-neuf cas de douleurs faciales rebelles secondaires à un cancer pulmonaire sont décrits dans la littérature [2,5–18]. Dans 50 % des cas il s'agit d'un adénocarcinome, mais

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8690626>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8690626>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)