

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Pierre BELLOT LHEUREUX

Le 15 04 2025

TITRE DE LA THESE

Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la prise en charge de la névralgie d'Arnold ou Névralgie du nerf grand occipital en soins primaires

Directeur de thèse : Pr Jean-Christophe POUTRAIN

JURY :

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Président

Monsieur le Professeur Jean-Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA

Assesseur

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical
Doyen - Directeur: Pr Thomas GEERAERTS

Tableau du personnel Hospitalo-Universitaire de médecine
2023-2024

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. SERRANO Elie	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROUGE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SIZUN Jacques
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		

Professeurs Émérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur LAROCHE Michel	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	Professeur SIZUN Jacques
Professeur CARON Philippe	Professeur LAUQUE Dominique	Professeur PARINI Angelo	Professeur VIRENQUE Christian
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur PERRET Bertrand	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LANG Thierry	Professeur MESTHE Pierre	Professeur SERRE Guy	

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétiq
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. BERRY Antoine (C.E.)	Parasitologie	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique cardiovascul
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BUREAU Christophe (C.E.)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MINVILLE Vincent (C.E.)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier (C.E.)	Chirurgie Vasculaire	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	Mme RAUZY Odile (C.E.)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. ROUX Franck-Emmanuel (C.E.)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme TREMOLLIERS Florence (C.E.)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTÉ DE SANTÉ
Département de Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HOUZE-CERFON	Médecine d'urgence
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. ROUMIGUIE Mathieu	Urologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
Mme LATROUS Leila
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
M. SIBAUD Vincent
Mme WOISARD Virginie

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	M. GASQ David	Physiologie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Médecine légale et droit de la santé
Mme BENEVENT Justine	Pharmacologie fondamentale	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOST Chloé	Immunologie	M. HOSTALRICH Aurélien	Chirurgie vasculaire
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. KARSENTY Clément	Cardiologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	M. LAPEBIE François-Xavier	Médecine vasculaire
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAULAT Charlotte	Chirurgie digestive
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CUROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FABBRI Margherita	Neurologie	Mme TRAMUNT Blandine	Endocrinologie, diabète
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile
Mme GIMENEZ Laetitia

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
Mme FRANZIN Emilie
M. GACHIES Hervé
M. PEREZ Denis
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle
M. SAVIGNAC Florian

Remerciements aux membres du jury

Au Pr Stéphane OUSTRIC :

Merci d'avoir accepté d'être président du jury de ma thèse de médecine.

Vous sanctionnez ce jour ce travail de thèse qui fera de moi un médecin généraliste. Je tenais à vous remercier de votre réactivité et de votre bienveillance lors de nos échanges. Vous êtes le président du DUMG de Toulouse et vous étiez jusqu'à très récemment président du conseil de l'Ordre des médecins du 31. Je suis donc très impressionné de vous présenter ce travail.

Je salue d'ailleurs votre engagement dans l'accompagnement des étudiants en médecine générale et pour la valorisation de notre formation.

Au Dr Bruno CHICOULAA :

Merci d'être assesseur pour ma présentation de thèse.

J'ai été enchanté de savoir que tu faisais partie de mon jury de thèse.

Ma première expérience dans un cabinet de médecine générale fut en tant qu'étudiant de 5^{ème} année dans votre cabinet aux raisins. Et j'en garde un excellent souvenir.

Je regrette de ne pas avoir pris le temps de repasser au cabinet, surtout maintenant que le Dr SEBASTIEN est parti à la retraite.

Et enfin au Pr Jean-Christophe POUTRAIN :

Jean-Christophe, merci pour tout, merci pour ton soutien, merci pour ta patience.

Tu m'as rassuré tout au long du processus de thèse et j'en avais besoin. Avant celui-ci, j'ai passé un doctorat en procrastination. De fait, j'ai souvent douté, n'osant parfois même plus te contacter tant j'avais honte de ne pas être capable de consacrer quelques heures à ce travail.

Un travail dont j'ai le sujet depuis la fin du second semestre. Mais pour lequel il m'a fallu attendre la dernière année pour m'y atteler.

Tu as accepté de diriger ma thèse il y a 3 ans, et quand je suis venu te voir en novembre pour te dire qu'il était urgent que je soutienne la thèse... et le mémoire... mais que je n'avais pas terminé mes traces écrites..., malgré ton inquiétude à mon égard, tu m'as rassuré et tu m'as donné un cap précis.

Merci pour tout le temps que tu m'as consacré et que tu consacres à tous tes internes. Ta disponibilité, ta bienveillance ont été facteur de réussite dans la dernière ligne droite vers le doctorat de médecine.

Enfin, merci d'être assesseur pour ma soutenance de thèse, une nouvelle fois ton soutien et ta protection me sont précieux.

Dédicaces personnelles

Tout d'abord je tiens à remercier les personnes qui ont contribué à cette thèse :

Merci au Dr Jean-Paul ALRIC, MSU de mon second semestre d'internat. Tu m'as présenté cette pathologie et m'as poussé à effectuer des recherches sur le sujet. Je ne savais pas encore que ce serait le sujet de ma thèse mais j'ai tout de suite trouvé le sujet intéressant.

Merci à Mme Martine SEMAT qui a pris le temps, malgré ses fonctions, de relire et corriger le texte de la thèse (Remerciement exclu).

Ensuite merci aux MSU qui ont jalonné mon parcours d'interne et qui ont été les piliers du développement de ma future pratique de médecin généraliste :

Dr Sonia CHOUVET, Dr Patrick SALGUES, Dr Fabien CECCOMARINI, Dr Marielle PIGNERES, Dr Éric VOGLIMACCI et le Dr Jonathan VILLETTE.

Le Dr Laure JONCA qui m'a accueilli en stage en HAD puis qui m'a accordé sa confiance en tant que collègue.

Mes collègues, le Dr Philippe LOUP, Dr Sandra ROQUES et le Dr Philippe BOULANGER qui ont été riches en conseils et en aide. La DSI de l'établissement Corinne VIEULES, qui m'a motivé et aidé à solliciter les bonnes personnes au bon moment.

Un mot également pour les MSU que j'ai rencontré en tant que tuteurs. Dont le Dr Corinne CRESSENS qui m'a énormément soutenu pour les traces écrites et ses collègues le Dr Myriam TOSTAIN et Dr Sandrine CARRARA à qui j'adresse mon amitié.

Merci au Dr Motoko DELAHAYE qui m'a accompagnée pendant les périodes difficiles et au Dr Marielle PUECH dont je n'oublie pas la bienveillance.

Plus personnellement maintenant :

Je remercie ma compagne Sabrina BACHACHE pour son soutien indéfectible. Mes enfants, Chanelle, qui voulait m'aider pour la rédaction de cette thèse et Charles.

Un mot pour ma mère Evelyne, et mes 4 frères et Sœurs, Maylys, Myriam, Carole et Nathanaël. Merci à vous pour votre soutien et vos idées.

Table des matières

Introduction :	2
Définition :	2
Diagnostic en cabinet de médecine générale :	4
Prise en charge en médecine soins premiers :	7
Les consignes hygiéno-diététiques :	7
Les techniques non médicamenteuses :	7
Les médicaments :	8
Le blocage du GNO ou du PNO :	8
Examens complémentaires :	9
L'objectif primaire :	10
L'objectif secondaire :	10
Matériel et méthode :	10
Résultats :	13
La prise en charge de la pathologie :	13
Prise en charge ambulatoire :	13
Les examens complémentaires utilisés :	14
L'adressage des patients :	14
Concernant la fiche pratique :	15
Validation par les pairs :	15
L'intérêt de la fiche pratique :	15
Discussion :	17
Principaux résultats :	17
Comparaison avec la littérature :	18
Forces et limites :	19
Forces :	19
Limites :	19
Ouverture :	20
Conclusion :	21
Bibliographie :	22
Annexes :	24
Résumé :	35

Introduction :

Au cours de mon internat de médecine générale, j'ai été fasciné par le mécanisme de la névralgie d'Arnold, et surtout son retentissement sur le nerf V1. Et je me suis vite rendu compte que certains éléments étaient perturbants avec cette pathologie :

- Sa définition. Celle-ci ne correspond pas exactement au syndrome qui m'a été défini initialement et que je retrouve cliniquement. Définition dont va découler la prévalence de la maladie qui semble fréquente en médecine de ville et qui pourtant ne serait que 8,7% des céphalées d'origine cervicales elles-mêmes ne représentant que 4 à 20% de l'ensemble des céphalées selon Ziza and al. (1). Cela entraîne énormément de clivages autour de cette affection.
- Sa prise en charge. On parle beaucoup de la prise en charge chirurgicale dans les formes sévères mais quelle est la prise en charge pour les formes bénignes qui ne nécessitent pas d'orientation chez un spécialiste.
- Le mécanisme. Le mécanisme de la névralgie en elle-même contracture, pincement traumatisme. Et le mécanisme de diffusion au nerf ophtalmique qui initialement m'avait été décrit comme une sorte d'anastomose ou de diffusion par proximité au niveau du vertex.

Selon l'OMS, les céphalées impactent quasiment la moitié de la population mondiale et sont une cause fréquente de consultation en médecine générale. Apporter une réponse adaptée et la plus juste possible permettrait d'améliorer la prise en charge et de diminuer l'impact socio-économique qu'elles représentent et d'éviter une surconsommation de médicaments. (2)

Définition :

La névralgie d'Arnold ou névralgie du nerf occipital est une entité pathologie à la fois simple et difficile à définir.

En effet, la 3ème édition de la classification internationale des céphalées (ou Third International Classification of Headache Disorders), (ICHD-3) (3) définit la Névralgie occipitale comme :

« Une Douleur unilatérale ou bilatérale paroxystique, lancinante ou en coup de poignard, de la partie postérieure du scalp dans le territoire du grand, du petit ou de la 3ème branche du nerf occipital, parfois accompagnée d'une hypoesthésie ou d'une dysesthésie de la zone affectée et généralement associée à une sensibilité à la palpation des nerfs concernés. »

Ils fournissent des critères diagnostic précis :

« **A. Douleur unilatérale ou bilatérale** dans le(s) **territoire(s)** du grand, du petit ou de la 3ème branche du **nerf occipital** et répondant aux critères B-D.

B. La douleur a au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

1. **récurrente** lors de crises **paroxystiques** durant quelques secondes ou minutes
2. **intensité sévère**
3. à type d'**élancement**, de **coup de poignard** ou de **piqûre**

C. La douleur est associée aux deux éléments suivants :

1. **dysesthésie et/ou allodynie** évidente lors de la stimulation normalement indolore **du cuir chevelu** et/ou des cheveux
2. l'un des éléments suivants ou les deux :
 - a) sensibilité à la **palpation des branches nerveuses touchées**
 - b) **zones gâchettes à l'émergence du grand nerf occipital** ou dans le **territoire de C2**

D. La douleur **est soulagée temporairement par un bloc anesthésique local** du ou des nerfs atteints

E. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3. » (3)

Il est précisé en commentaire que : « La douleur de la névralgie occipitale peut atteindre la région fronto-orbitaire par l'intermédiaire des convergences trigémino-cervicales dans le noyau spinal du trijumeau. »

La radicalité de la définition notamment de la section B des critères diagnostics par les termes « intensité sévère », « crises paroxystiques » va nous faire automatiquement éliminer le diagnostic si l'intensité est modérée ou si la plainte ne concerne pas la zone du C2.

En cabinet de médecine générale il est fréquent de retrouver une céphalée frontale unilatérale avec une zone gâchette à l'émergence du nerf grand et/ou petit occipital, avec un élancement voire une

sensation de coup de poignard lors de la stimulation de la zone gâchette. Souvent associée à une douleur à la palpation interdigitale du sourcil atteint. Avec parfois une sensibilité exacerbée du cuir chevelu.

Le tableau présenté par le patient peut également être simplement une plainte fronto-orbitale au prime abord mais avec une douleur reproduite à la palpation de l'émergence du nerf grand occipital.

Parfois l'atteinte du grand occipital est perçue par le patient comme un blocage (torticolis) du fait justement de l'intensité de la douleur. Le patient décrit alors un comportement d'évitement.

Ces présentations à prédominance ophtalmiques sortent plus ou moins de la définition de névralgie d'Arnold du fait des caractéristiques de la douleur qui est souvent perçue comme un fond douloureux au niveau du V1 avec au niveau C2 une sévérité qui n'est perçue qu'à la palpation de la trigger zone.

Si la douleur n'est pas localisée au niveau du nerf et sans la sévérité de la douleur et l'évolution paroxystique, tout le tableau n'est plus défini comme « Névralgie Occipitale ». Il y a une autre entité, « **la céphalée cervicogénique** » qui se rapproche de cette symptomatologie et qui est classée dans les céphalées secondaires (cf. annexe 1)

Diagnostic en cabinet de médecine générale :

En soins premiers, la prise en charge de la névralgie du nerf occipitale ou de la céphalée cervicogénique induite nécessite de pouvoir en faire le diagnostic. Pour cela il faut comprendre **l'anatomie du nerf occipital (NO)** et les **mécanismes physiopathologiques entraînant la céphalée fronto-orbitaire**.

La céphalée cervicogénique engendrée par la névralgie du NO est fronto-orbitaire, elle s'inscrit comme un fond douloureux compressif ou lancinant. Elle est diffuse rétro orbitaire de faible à moyenne intensité. Elle se situe dans le territoire du nerf ophtalmique V1. Elle est majoritairement unilatérale mais peut-être bilatérale dans certains cas. La durée est de quelques jours à plusieurs semaines. Peut présenter des symptômes dys-autonomiques comme des nausées/vomissements, photophobie, phonophobie, étourdissement. Souvent accompagnée d'une réduction de mobilité de la nuque, qui peut être perçue comme un torticolis(4).

La névralgie occipitale, en répondant aux critères de l'ICHD-3, est localisée sur le territoire de C2 donc la nuque et le scalp occipital jusqu'au vertex. Aiguë à paroxystique, récurrente, de type électrique, lancinante ou en coup de poignard. Elle est fréquemment associée à un fond céphalalgique persistant avec une dysesthésie ou allodynie du scalp dans le territoire du NO, parfois avec des comportements d'évitement (ne se brossent plus les cheveux, ou se les rasent pour ne pas avoir à le faire).(5) Elle provoque une sensibilité à la palpation de ses branches nerveuses irrités, il s'agit le plus souvent du nerf grand occipital.

Certains mouvements de la nuque provoquent la douleur. Notamment l'hyperextension de la nuque. On parle de « pillow sign » ou signe de l'oreiller car la douleur est retrouvée lorsque le patient s'allonge sur un oreiller. Il existe des zones gâchettes qui permettent un diagnostic clinique de l'irritation de ses branches nerveuses. (3), (6)

À la description de la localisation de ces 2 pathologies, le lien est difficile à émettre surtout lorsque les patients ne se plaignent que de céphalées fronto-orbitales étant donné les diagnostics différentiels que peuvent être la migraine et la céphalée de tension qui seront préférentiellement évoqués. La céphalée de tension étant préférentiellement en casque bilatérale avec un impact modéré sur la qualité de vie. La migraine se différenciant par son intensité (modérée à sévère) et sa mécanique d'installation qui va être plus rapide et perçue par le patient.(3) Cf Tableau en annexe

Tableau 1 : Comparaison entre Névralgie occipitale et la céphalée cervicogénique

Caractéristique	Névralgie occipitale	Céphalée cervicogénique
Localisation	Unilatérale parfois bilatérale Région occipitale, irradiant vers le vertex ou les tempes Territoire du C2 ou d'une de ses branches.	Unilatérale, parfois bilatérale, Région du V1, fronto-orbitale
Type de douleur	Douleur aiguë, lancinante ou en décharge électrique voire coup de poignard	Sourde, compressive, +/- pulsatile, faible à modérée
Durée	Secondes à minutes, peut être paroxystique	Variable, souvent persistante
Symptômes associés	Sensibilité à la palpation du territoire des nerfs occipitaux, paresthésies, dysesthésies possibles	Limitation de la mobilité cervicale, douleur à la palpation des structures cervicales, symptômes dysautonomiques.
Facteurs déclenchants	Mouvements ou positions spécifiques du cou	Compression ou irritation des nerfs occipitaux, maintien de position prolongé
Facteurs soulageants	Massage, relaxation de la nuque.	Massage de l'arcade sourcilière, Massage relaxation de la nuque.
Tinel positif au niveau occipital	Oui	Oui

Prise en charge en médecine soins premiers :

Les consignes hygiéno-diététiques :

Comme nous l'avons vu plus haut l'implication musculosquelettique est importante. Les contraintes sur le NO pouvant être dues aux vertèbres cervicales la C1 et C2 notamment mais également aux muscles nuchaux, contractures du semi épineux de la tête, contracture du trapèze ou du Sterno-Cléido-Mastoïdien (SCM).

La posture va donc être un facteur déclenchant de la névralgie. Le maintien de certaines postures par exemple au travail ou lors d'activité passive comme la lecture, l'ordinateur, ou au contraire certains mouvements répétés doivent être identifiés et corrigés.

Le repos dans certains cas permet de ne pas être soumis à ces facteurs déclenchants.

L'éducation ciblée sur la douleur et la compréhension des mécanismes est essentielle, elle permet de diminuer l'impact négatif de la douleur et aide à adopter des stratégies d'auto-gestion.

Les techniques non médicamenteuses :

Autonomes :

L'application de compresse froide ou chaude permet d'apaiser l'inflammation au niveau du nerf. Les massages de la nuque.

La kinésithérapie :

De fait la kinésithérapie trouve sa place dans la prise en charge de cette névralgie. L'objectif étant de soulager les tensions musculaires et d'améliorer la posture. La prise en charge par le kinésithérapeute passera donc par des massages, et la mise en mouvement des articulations. Des techniques comme la désensibilisation somatosensorielle, qui consiste à provoquer la douleur volontairement et progressivement jusqu'à désactiver la sensation désagréable par acclimatation.

L'exercice musculaire :

En effet la sollicitation des muscles impliquées trapèze, SCM, semi-épineux du crâne et oblique inférieur permet une bonne amélioration par plusieurs mécanismes :

- Hypoalgésie induite par l'exercice
- Effet anti-inflammatoire
- Réduction de l'hypertonie musculaire et mobilisation des fascias (permettant de lever les mécanismes d'irritation du nerf)

- En traitant des dysfonctionnements moteurs sous-jacents

Il est conseillé de réaliser des exercices d'intensité modérée à élevée pour bénéficier de ces actions. Les exercices d'intensité faible n'ayant quasiment pas d'effet hypoalgésiant et anti-inflammatoire. Les exercices doivent être adaptés pour chaque patient. (5)

Les médicaments :

Aucun traitement n'a été évalué par des études expérimentales dans la prise en charge de la névralgie occipitale. Mais une efficacité est décrite avec les traitement suivant :

- Les anti-inflammatoires : AINS et Corticoïdes,
- Les Myorelaxants,
- Les antiépileptiques ayant un effet sur les douleurs neuropathiques (gabapentine, prégabaline, carbamazépine)
- Les antidépresseurs tricycliques (réduisent la fréquence et la gravité des symptômes)

Le blocage du GNO ou du PNO :

Le bloc du nerf grand ou petit occipital est un geste simple qui peut en fonction des habilités des médecins généralistes être réalisé au cabinet de médecine générale.

Les études montrent une efficacité spectaculaire et durable (1 semaine à plusieurs mois ≈ 4-6)

Le bloc est réalisé avec un anesthésiant local +/- corticostéroïdes. Les corticostéroïdes n'ayant pas démontré d'amélioration de la qualité ni même de la durée de l'amélioration. (11,12)

Ce dernier fait est étonnant car l'anesthésie locale est d'action brève. Mais le soulagement de la douleur induit par l'anesthésie va casser le cycle de la douleur. Le relai trigémino-cervical est désactivé et la douleur cède au niveau local et au niveau fronto-orbitaire.(13)

Il est décrit comme sûr, bien toléré, bon marché et sans effet secondaire systémique ni interaction médicamenteuse.

Il y a plusieurs points de ponction :

- Un point profond au niveau du ramus de C2 proche de structures osseuses et dure mère.
- Un point intermédiaire se situe dans l'espace graisseux dans le triangle occipital en latérale de l'articulation C1-C2.
- Et un point superficiel au niveau de franchissement de l'aponévrose du trapèze fréquemment étudié comme cible du bloc (le nerf y est proche de l'artère occipitale).

Les sites profonds et intermédiaires sont préférentiellement réservés aux procédures guidées par échographie.

Le point intermédiaire est pourtant le point le plus sûr et efficace avec peu de structure péri-nerveuse (dure mère pour le point profond et artère occipitale pour le point superficiel). Il est situé à 3 cm de la protubérance occipitale externe sur la ligne qui la relie à la base du processus mastoïdien et 1cm en dessous perpendiculairement à cette ligne. (13,14)

Au cabinet on ponctionne plus fréquemment le point superficiel situé par rapport à la protubérance occipitale externe (POE) à 2cm en dessous et 2cm en latéral ou à 3.5cm le long de la ligne entre la POE et le processus mastoïdien. (6,10,12,14,15)

Après palpation de l'artère occipitale pour l'éviter, il faut tout de même réaliser une ponction aspiration pour éviter une injection intravasculaire. On injecte en général 1 à 2 ml de lidocaïne 1% associée à 3ml de ropivacaine 2mg/ml (anesthésiants de courte et longue durée d'action)(10,12,13)

Examens complémentaires :

Le diagnostic est clinique avec souvent peu d'information à l'imagerie.

L'IRM cervicale est l'examen de référence, permettant d'analyser les tissus mous et d'identifier les zones d'inflammation du nerf (épaississement du nerf) et les pathologies sous-jacentes (anévrismes, malformations artério-veineuses, schwannomes, kystes arachnoïdiens, démyélinisation, infections).

L'échographie est un bon examen et permet de visualiser tout le trajet du nerf. Elle permet d'identifier les piègeages ou les lésions du nerf. Elle est également très utile pour le guidage du bloc anesthésique.

La radiographie permet de dépister une pathologie causale osseuse, arthropathies, traumatismes.

Le scanner révèle également les pathologies osseuses ou dégénératives.

Le guidage peut être réalisé avec chaque type d'imagerie y compris l'IRM avec une très bonne réussite, mais la fluoroscopie et la tomographie sont irradiantes et l'IRM est coûteux. La grande accessibilité du nerf à l'échographie en fait l'outil idéal.(6,13,16,17)

De ces considérations provient ma question de recherche :

Quelle peut être la prise en charge de la névralgie d'Arnold en médecine générale en 2025 ?

L'objectif primaire :

Réaliser un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes concernant la névralgie occipitale et son contingent céphalalgique fronto-orbitaire.

L'objectif secondaire :

Diffuser une plaquette d'information sur cette pathologie et estimer l'impact que cette information aurait sur l'incidence de la pathologie en médecine ambulatoire.

Matériel et méthode :

Nous avons réalisé une étude transversale multicentrique par questionnaire à l'aide du site google FORMS. (Cf. Annexe 9)

Le questionnaire comprend 13 questions.

Les 6 premières questions sont destinées à répondre à l'objectif principal. Les 2 premières questions permettent de savoir si les médecins connaissent la pathologie et depuis quand. La troisième leur demande d'estimer l'incidence. Et les 3 suivantes questionnent la prise en charge.

Puis une plaquette d'information est présentée. (Cf. Figure1 et 2)

Viennent ensuite les 7 dernières questions.

Sur celles-ci, les 2 premières cherchent à obtenir une validation de la fiche informative par mes pairs. Viennent ensuite 4 questions sur ce qu'ils ont appris de la fiche ou ce qu'ils connaissaient déjà, pour savoir s'il y a un intérêt à diffuser une telle information. Enfin la dernière question cherche à répondre à l'objectif secondaire en estimant après information l'incidence qu'aurait la névralgie occipitale telle que décrite.

J'ai donc réalisé une plaquette informative de 2 pages qui synthétise toutes les informations d'intérêt sur la névralgie occipitale et sa prise en charge ambulatoire.

La première page fait le point sur la définition et le diagnostic, la seconde synthétise les possibilités de prises en charge ambulatoire retrouvés dans la littérature.

Le questionnaire a été diffusé aux médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées.

La diffusion s'est faite principalement par mail. Les cabinets sélectionnés sont éparpillés dans toute la région et principalement disponibles à une recherche internet. Certains répondant sont des contacts personnels que j'ai sollicité par mail ou SMS. Enfin quelques-uns ont été sollicités directement.

Les réponses au questionnaire sont recueillies via la plateforme google Forms dans un fichier Excel pour être analysés.

Figure 1 :

Fiche Pratique, Page 1 Diagnostic :

DU MG
Département
Médecine
Générale

La Névralgie Occipitale et céphalée cervicogéniques

Diagnostic clinique

Céphalées cervicogéniques

Frontales
rétro-orbitaires
Territoire V1

Diffuse
Intensité modérée

Parfois :
Nausées
Photo-phobie

Cause cervicale clinique ou imagerie
+/- Réduction de mobilité de la nuque

Céphalées frontales mais cause occipitale :

- Plainte souvent centrée sur la céphalée fronto-orbitaire.
- Douleur de névralgie occipitales parfois absentes (mais retrouvées à la palpation) ou se traduisant par une limitation de mouvement.
- Le soulagement de l'irritation du nerf occipital soulage la céphalée cervicogénique

Souvent unilatérale

Ipsilatérale

Soulagement

Continue
Fond douloureux

Paroxystique
Brève

dysesthésie et/ou allodynie

Complexe trigémino-cervical

L'information douloureuse transportée par les afférences occipitales est transmise au nerf ophtalmique V1 du fait de la proximité des noyaux médullaires.

Névralgie d'Arnold (Occipitale)

Partie postérieure du Scalp
Souvent Unilatérale
Territoire C2

En coup de poignard ou électrique

Examen clinique :

Trigger points :

- 1^{er} sur la ligne nucale supérieure à 2cm de la ligne médiane.
- 2nd 2cm en dessous du 1^{er}
- 3^{ème} (nerf petit occipital) à l'angle entre la base du crâne et le processus mastoïdien.

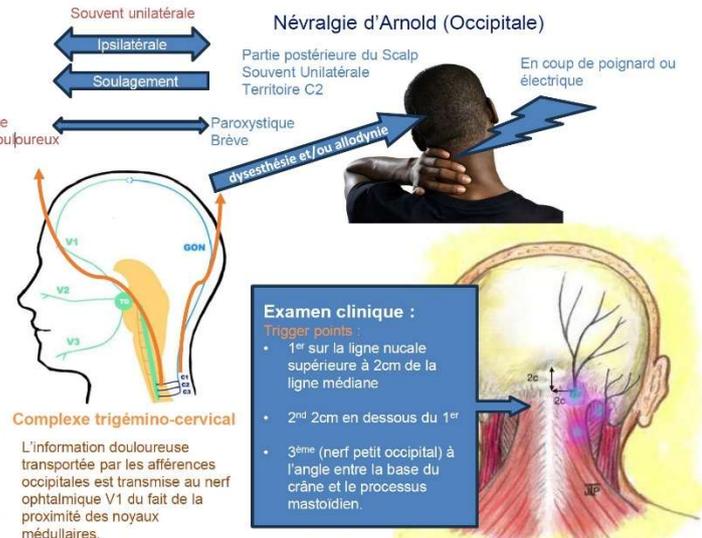


Figure 2 :

Fiche pratique, Page 2 Traitement ambulatoire :

DU MG
Département
Médecine
Générale

La Névralgie Occipitale et céphalée cervicogéniques

Traitement ambulatoire

On traite donc l'atteinte du nerf occipital pour traiter la céphalée frontale

En première intention
et intensité faible

Règles hygiéno-diététiques :

- Posture
- Exercice physique
- Repos

Techniques thérapeutiques :

- Massages
- Application de froid ou chaud
- Musculation, étirement

Médicaments de première intention :

- Paracétamol
- AINS
- Antalgiques de palier 2

En seconde intention
Douleur persistante ou intensité forte

Kinésithérapie :

- Massage, travail postural.
- Exercice de Musculation : Intensité moyenne à élevée (Diminue la douleur, l'inflammation, la contracture Améliore la cinétique du mouvement)

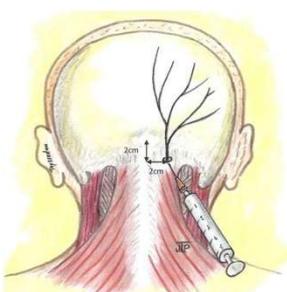
Traitements de la douleur neuropathique :

- Gabapentine
- Prégabaline
- Amitriptyline

Le bloc du nerf occipital :

- Avec un Anesthésiant local
- 1 à 2 ml de lidocaïne 1% associé à 3ml de ropivacaine 2mg/ml
- Efficace 1 semaine à 4 mois environ.
- En cabinet ou par radioguidé par radiologie interventionnelle.





Résultats :

66 médecins ont répondu au questionnaire.

Les répondants sont des médecins généralistes majoritairement et il y a 5 internes en médecine générale de niveau SASPAS (minimum 5^{ème} semestre) ou qui ont terminé l'internat.

Sur la première partie du questionnaire :

Concernant la connaissance de la pathologie, 66 (100%) des répondants connaissent la névralgie d'Arnold ou névralgie occipitale. 47 (71%) d'entre eux depuis la formation initiale et 16 (24%) suite à de l'auto-information au cours de leur pratique. Enfin pour 3 (4.5%) d'entre eux c'est lors de leur formation continue qu'ils y ont été formés.

Pour les médecins généralistes 51 (77%) d'entre eux considèrent que l'incidence se situe entre 1 et 10 patients en 1 an. Et 12 (18%) considèrent une incidence entre 11 et 20 occurrences à l'année.

La prise en charge de la pathologie :

Prise en charge ambulatoire :

Elle est basée pour 55 (83%) médecins sur les AINS et la kinésithérapie. 4 médecins utilisent la kinésithérapie ou les thérapies manuelles seules sans traitement anti-inflammatoire.

Les corticoïdes sont proposés par 10 médecins soit dans 29% des cas mais seul 4 médecins citent les corticoïdes sans citer les AINS.

Enfin pour 3 d'entre eux les AINS sont le seul axe de prise en charge et pour l'un d'entre eux ce sont les corticoïdes.

Des conseils hygiéno-diététiques sont délivrés par la moitié des répondants (33 répondants).

Seuls 7 médecins traitants sur 66 réalisent des blocs anesthésiants (10.6%) et 4 d'entre eux réalisent des infiltrations de corticoïdes dont 1 avec anesthésiant.

Enfin en dehors des réponses attendues certains médecins proposent :

Pour les médicaments :

Les antalgiques ou analgiques de palier 1 (3), les antalgiques de palier 2 (2), la prégabaline (1), le Tegretol (1), les tricycliques (1), antidépresseurs à visée neuropathique (1)

Pour les thérapies manuelles :

L'ostéopathie (4), la fasciathérapie (1),

Pour les gestes techniques :

La mésothérapie (1), infiltration (4).

Enfin un médecin propose la prescription d'arrêt maladie (1).

Un médecin cite la thermocoagulation mais, le questionnaire concernant la prise en charge ambulatoire, la réponse n'est pas retenue.

Les examens complémentaires utilisés :

La question était : « demandez-vous parfois des examens complémentaires ? ». Cette question dépend énormément de l'expérience des répondants. Aussi pour 24 (36%) des répondants la réponse est non (bien que l'un d'eux propose une radiographie). 24 praticiens (36%) ont déjà demandé une radiographie, et 22 (33%) une IRM. Le scanner arrive en 3^{ème} position avec 11 répondants (16.7%) et l'échographie n'a été prescrite que par 3 médecins (4.5%).

L'adressage des patients :

La question était : « avez-vous déjà demandé un avis spécialisé pour cette pathologie ? » De même que pour la question précédente cette question fait appel à l'expérience. Pour 12 (18%) d'entre eux, la réponse est non. Le rhumatologue arrive en première position avec quasiment 50% des médecins (32) qui ont déjà adressé un patient avec une névralgie chez un rhumatologue. Vient ensuite le neurologue chez 23 (24%) des répondants. Puis le neurochirurgien pour 10 médecins (15.2%), il est cité seul 2 fois sur les 10. Néanmoins, la question ne permet pas de préciser si l'orientation vers le neurochirurgien se fait en première intention chez les autres. Le radiologue interventionnel pour la réalisation de bloc anesthésique a été utile à 4 médecins (6%).

Enfin en dernier viennent la médecine physique et réadaptation (3 médecins) et le médecin thermaliste pour 1 médecin.

Dans les propositions on retrouve le médecin Algologue pour 1 répondant et le médecin ostéopathe pour un autre.

Concernant la fiche pratique :

Validation par les pairs :

Les 2 premières questions visent à faire valider la fiche pratique par les médecins traitants. Pour 62 (93%) répondants la présentation correspond à leur définition de la névralgie d'Arnold. Mais seulement 58 (87.9%) considèrent que la présentation concerne l'entité clinique névralgie d'Arnold.

4 médecins (6%) déclarent que la présentation ne correspond pas à leur définition, dont 1 ne se prononce pas sur sa correspondance à l'entité clinique « névralgie d'Arnold ». Parmi ceux pour lesquels la plaquette informative correspond à leur définition, 3(4.5%) ne se prononcent pas pour valider qu'il s'agit en effet de cette entité pathologique.

L'intérêt de la fiche pratique :

Concernant les critères diagnostic de la névralgie d'Arnold : 43 (65%) répondants déclarent qu'ils les connaissaient déjà. De même pour les triggers points, 51 (77%) praticiens connaissaient leur existence.

Le lien entre la céphalée fronto-orbitaire et la névralgie occipitale était connu également par les 2/3 des praticiens avec 43 praticiens (65%) qui déclarent le connaître.

Cependant le mécanisme de diffusion de la douleur via le complexe trigémino-cervical est une découverte pour les 49 (74%) répondants qui disent ne pas la connaître.

L'épidémiologie :

Pour cette partie une première question avait été posée en début de questionnaire :

« Sur un an, quelle proportion de névralgie occipitale avez-vous diagnostiquée ? » avec 4 possibilités de réponse, 1-10, 11-20, 21-30 ou >30. À cette question 51 (77%) disent avoir diagnostiqué entre 1-10 névralgies d'Arnold en un an et 12(18%) entre 11 et 20. Seul 3 praticiens en diagnostiquent plus.

Après la présentation de la fiche, la question est la suivante : « D'après la définition de la fiche pratique, Quelle serait selon vous l'incidence sur un an de cette affection en consultation de médecine générale ? »

Et là, les réponses sont pour 27 (40%) médecins entre 1-10 mais pour 30 (45%) cette fois entre 11 et 20 cas par an. 4 (6.1%) médecins considèrent qu'il y aurait entre 21 et 30 cas et 5 (7.6%) médecins considèrent qu'il y aurait plus de 30 cas par an.

Discussion :

Principaux résultats :

La névralgie d'Arnold est une situation clinique bien connue des médecins généralistes en ex-région Midi-Pyrénées. Tous les répondants y ont été sensibilisés et pour la majorité au cours de leur formation initiale.

Les médecins traitants axent leur prise en charge sur les AINS et la kinésithérapie. Dans les céphalées en général les AINS trouvent une place importante car ils sont souvent efficaces plus que le paracétamol. La prescription de la kinésithérapie reflète la compréhension du mécanisme de la douleur. Puis viennent les conseils hygiéno-diététiques délivrés par la moitié des répondants. Dans la situation ils sont simples à délivrer et permettent au patient de mieux comprendre sa pathologie.

On constate que peu d'entre eux utilisent des médicaments à visée neuropathique (antidépresseurs tricycliques et antiépileptiques). Mais ce sont des médicaments longs à mettre en place pour obtenir une efficacité et donc, qui ne trouvent leur place que dans les formes chroniques de la pathologie.

Quelques médecins pratiquent des gestes techniques comme l'infiltration ou le bloc anesthésique local. Ce traitement qui est décrit comme très efficace par la littérature nécessite cependant un savoir-faire et une expertise pour la réalisation du geste.

Les limitations thérapeutiques des médecins généralistes sont compensées par la collaboration avec les médecins spécialistes. C'est le rhumatologue qui est l'interlocuteur privilégié par les médecins dans cette situation. L'adressage au neurologue ne concerne que 25% des répondants.

Bien que les médecins généralistes connaissent bien la névralgie d'Arnold, un tiers d'entre eux ne connaissent pas le lien entre la céphalée fronto-orbitaire et la névralgie. Une minorité des médecins connaissent les liens étroits au niveau médullaire entre le noyau du trijumeaux et les afférences nerveuses cervicales. Le mécanisme de diffusion de la douleur via ce complexe trigémino-cervical est donc peu connu y compris parmi les médecins qui connaissent le contingent fronto-orbitaire. De façon surprenante, les zones gâchettes qui permettent un diagnostic clinique sont bien connues dans cette pathologie.

La fiche pratique a été bien accueillie par les pairs et est validée par 62 répondants sur 66. Je note cependant qu'une majorité de validation ne signifie pas que la présentation est juste. Et l'information qu'elle contient est intéressante puisqu'un tiers des médecins ne connaissaient pas le lien entre la névralgie occipitale et la céphalée cervicogénique et le mécanisme de la diffusion de la douleur était peu connu.

Comparaison avec la littérature :

Dans la littérature, l'épidémiologie de la névralgie occipitale est extrêmement variée d'une étude à l'autre. Globalement on retient qu'il s'agit de quelque chose de rare voire d'exceptionnel. Il s'agirait comme cité en introduction d'après Ziza and al de 8,7% des céphalées d'origine cervicales elles-mêmes ne représentant que 4 à 20% des céphalées. Les céphalées sont un motif fréquent de consultation en médecine générale. La névralgie d'Arnold serait tout de même une pathologie prévalente puisque l'estimation de l'incidence par les médecins généralistes après avoir pris connaissance de la fiche pratique est majorée avec 60 des praticiens qui pensent qu'il y a plus de 11 diagnostics par an de cette pathologie soit au moins 1 par mois. 5 praticiens pensent même qu'il y aurait plus de 30 diagnostics par an.

Concernant la thérapeutique, les réponses sont intéressantes car elles montrent ce qui se fait en pratique. Dans les études les options thérapeutiques sont citées à égalité concernant la prise en charge médicamenteuse par exemple, les AINS et le paracétamol sont cités au même titre que les antidépresseurs tricycliques, les IRS, les anticonvulsivants et même les opioïdes.(6,11,13)

En pratique on constate clairement une prédominance de l'utilisation des AINS. La place de la kinésithérapie et des conseils hygiéno-diététiques est également importante. Les traitements antidépresseurs tricycliques sont cités par quelques médecins comme les traitements antiépileptiques pour lesquels on retrouve une citation du Tegretol et une de la Pregabaline.

Certains médicaments ne sont pas du tout cités comme les myorelaxants. Et au contraire on voit que l'ostéopathie a une place non négligeable, citée par 4 médecins (6.1%). Et certaines pratiques apparaissent comme la fasciathérapie et la mésothérapie.

Forces et limites :

Forces :

Cette thèse fait un point sur la prise en charge d'une pathologie assez courante en médecine générale. Cette pathologie est très connue mais n'est pas totalement comprise. Les évolutions récentes dans la littérature notamment concernant la meilleure compréhension du complexe trigémino-cervical entraînent des débats dans la physiopathologie de certaines des pathologies crâniofaciales comme la névralgie d'Arnold et les névralgies trigéminées.

Le point de vue du médecin généraliste n'est pas représenté dans la littérature. Cette pathologie est principalement traitée par des services de neurologie. Et pour ce genre de pathologie pour lesquelles l'adressage au spécialiste ne concerne qu'une infime partie des patients atteints, les données recueillies auprès des médecins traitants sont nécessaires pour apporter une meilleure compréhension de celles-ci.

Limites :

Ce travail est réalisé avec peu de répondants, 66 sur un peu plus de 13 000 médecins dans l'ex-région Midi-Pyrénées. La question de la représentativité se pose aussi du fait du processus de sélection des répondants.

Le mode de sondage par questionnaire avec des réponses prédéfinies oriente les réponses. Je n'ai pas proposé le paracétamol, les antidépresseurs tricycliques, les anticonvulsivants, les myorelaxants, l'acupuncture qui est pourtant décrite dans des études spécialisées. Ceci dans le but d'avoir un questionnaire digeste et d'augmenter le taux de réponses. Concernant l'épidémiologie, les intervalles ont été saisis de façon arbitraire.

Le recueil de ces données est basé sur le déclaratif. Elles font de plus appel à des estimations approximatives et à la mémoire sur des années de pratiques de médecins traitants.

Ouverture :

Comme dit plus haut, la prise en charge de cette pathologie se fait majoritairement par le médecin généraliste avant que la complexité de celle-ci ne nécessite un adressage au spécialiste.

La plupart des cas et des prises en charges ne sont donc pas perçus par le médecin spécialiste. Or toutes les études sur cette affection sont réalisées par des unités de neurologie.

La recherche et la production de littérature est promue au sein du milieu hospitalier mais très peu en médecine générale ce qui laisse un pan important de la médecine dans l'ombre.

La névralgie d'Arnold présente une symptomatologie avec un probable continuum entre une présentation bénigne où n'est retrouvée que la céphalée rétro-orbitaire avec une légère sensibilité à la pression de la zone gâchette du nerf occipital et la névralgie Occipitale, avec une sensibilité du cuir chevelu et les lancements électriques en coups de poignard. Cependant il est très difficile de trouver des études qui ne concernent pas une névralgie bien installée avec une atteinte du nerf évidente. La céphalée rétro-orbitaire est décrite uniquement comme un contingent d'une névralgie cliniquement validée. En cabinet de médecine générale, la plainte rétro-orbitaire est souvent prédominante et il faut aller chercher l'atteinte occipitale par l'examen clinique.

Les définitions et l'épidémiologie qui en découlent sont sûrement biaisés par la sélection en amont des patients vu par les spécialistes.

Ce travail de recherche m'a également permis de créer une fiche pratique qui est, grâce à la diffusion conjointe au questionnaire, validée par mes pairs. L'intérêt de la diffusion d'une telle information est souligné par le fait que son contenu n'était pas connu de tous le médecins répondants.

Il me permet donc de mettre à disposition une fiche récapitulative sur la névralgie d'Arnold et sa prise en charge en soins premiers.

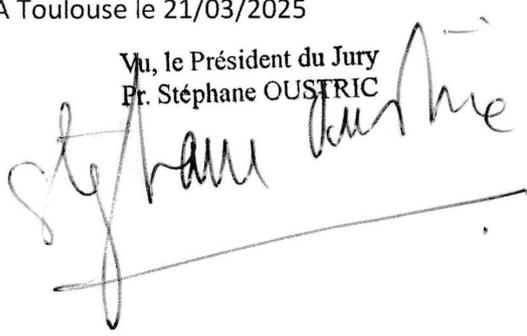
Conclusion :

En conclusion, la névralgie du nerf grand occipital est une maladie bien connue des médecins généralistes de l'ex-région midi Pyrénées. Cependant son contingent fronto-orbitaire appelé ici névralgie cervicogénique est moins connu.

La névralgie d'Arnold est une pathologie dont le diagnostic est clivant car la définition est propre à chaque praticien. Il y a une base commune mais certains médecins vont considérer pour le diagnostic uniquement la douleur vive électrique en coup de poignard, fugace. Et en son absence le diagnostic serait invalidé.

La prise en charge paraît assez bien maîtrisée et assez bien codifiée dans sa composante nociceptive, mais moins bien maîtrisée dans sa composante neuropathique.

La fiche pratique proposée ici, semble être un support acceptable par les médecins généralistes pour améliorer les connaissances et la prise en charge de cette pathologie sous diagnostiquée.

<p>Président du Jury : Pr Stéphane OUSTRIC</p> <p>À Toulouse le 21/03/2025</p> <p>Vu, le Président du Jury Pr. Stéphane OUSTRIC</p> 	<p>Doyen - Directeur de la faculté de santé de Toulouse : Pr Thomas GEERAERTS</p> <p>À Toulouse le 26/03/2025</p> <p>Vu et permis d'imprimer La Présidente de l'Université Toulouse Faculté de Santé Par délégation, Le Doyen-Directeur Du Département de Médecine, Maïeutique, et Paramédical Professeur Thomas GEERAERTS</p> 
--	---



Bibliographie :

1. Ziza JM, Yahia SA, Teysseidou JP, Chazerain P. La névralgie d'Arnold existe-t-elle ? Rev Rhum Monogr. 1 févr 2013;80(1):32-7.
2. Organisation Mondiale de la Santé (OMS) [Internet]. 2024 [cité 8 févr 2025]. Céphalées : troubles courants et invalidants. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/headache-disorders>
3. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). La Classification Internationale des Céphalées, 3^e édition. Traduction française par la Société Française d'Étude des Migraines et Céphalées (SFEMC). Cephalgia Int J Headache. janv 2018;38(1):1-211.
4. Piovesan EJ, Utiumi MAT, Grossi DB. Cervicogenic headache - How to recognize and treat. Best Pract Res Clin Rheumatol. mars 2024;38(1):101931.
5. Deuel D, Sandgren A, Nelson EO, Cropes M, Deacon A, Houdek T, et al. Conservative Management of Occipital Neuralgia Supported by Physical Therapy: A Review of Available Research and Mechanistic Rationale to Guide Treatment. Curr Pain Headache Rep. 1 déc 2024;28(12):1321-31.
6. Choi I, Jeon SR. Neuralgias of the Head: Occipital Neuralgia. J Korean Med Sci. avr 2016;31(4):479-88.
7. Cesmebasi A, Muhleman MA, Hulsberg P, Gielecki J, Matusz P, Tubbs RS, et al. Occipital neuralgia: anatomic considerations. Clin Anat N Y N. janv 2015;28(1):101-8.
8. Huanmanop T, Issara I, Agthong S, Chentanez V. Evaluation of the greater occipital nerve location regarding its relation to intermastoid and external occipital protuberance to mastoid process lines. Folia Morphol. 2021;80(3):533-41.
9. Lainé G, Jecko V, Wavasseur T, Gimbert E, Vignes JR, Liguoro D. Anatomy of the greater occipital nerve: implications in posterior fossa approaches. Surg Radiol Anat SRA. avr 2022;44(4):573-83.
10. Chowdhury D, Datta D, Mundra A. Role of Greater Occipital Nerve Block in Headache Disorders: A Narrative Review. Neurol India. avr 2021;69(Supplement):S228-56.
11. Dougherty C. Occipital neuralgia. Curr Pain Headache Rep. mai 2014;18(5):411.

12. Wamsley CE, Chung M, Amirlak B. Occipital Neuralgia: Advances in the Operative Management. *Neurol India*. avr 2021;69(Supplement):S219-27.
13. Fabry A, Nedunchelian M, Stacoffe N, Guinebert S, Zipfel J, Krainik A, et al. Review of craniofacial pain syndromes involving the greater occipital nerve: relevant anatomy, clinical findings, and interventional management. *Neuroradiology*. févr 2024;66(2):161-78.
14. Shin KJ, Kim HS, O J, Kwon HJ, Yang HM. Anatomical consideration of the occipital cutaneous nerves and artery for the safe treatment of occipital neuralgia. *Clin Anat N Y N*. oct 2018;31(7):1058-64.
15. Won HJ, Ji HJ, Song JK, Kim YD, Won HS. Topographical study of the trapezius muscle, greater occipital nerve, and occipital artery for facilitating blockade of the greater occipital nerve. *PLoS One*. 2018;13(8):e0202448.
16. Hwang L, Dessouky R, Xi Y, Amirlak B, Chhabra A. MR Neurography of Greater Occipital Nerve Neuropathy: Initial Experience in Patients with Migraine. *AJNR Am J Neuroradiol*. nov 2017;38(11):2203-9.
17. Narouze S. Occipital Neuralgia Diagnosis and Treatment: The Role of Ultrasound. *Headache*. avr 2016;56(4):801-7.

Annexes :

Annexes 1 :

La céphalée cervicogénique telle que définie par l'ICHD-3 :

« Description :

Céphalée causée par un trouble de la colonne cervicale et de ses éléments constitutifs osseux, discaux et/ou des tissus mous, habituellement, mais pas invariablement, accompagnée de douleurs cervicales.

Critères diagnostiques :

A. Toute céphalée répondant au critère C

B. Preuve clinique et/ou d'imagerie d'un trouble ou d'une lésion dans la colonne cervicale ou les tissus mous du cou, connus pour causer des céphalées

C. Lien de causalité démontrée par au moins deux des éléments suivants :

1. la céphalée s'est développée en relation temporelle avec le début du trouble cervical ou l'apparition de la lésion

2. la céphalée s'est significativement améliorée ou est résolutive parallèlement à l'amélioration ou à la résolution du trouble cervical ou de la lésion

3. l'amplitude de mouvement cervical est réduite et la céphalée est considérablement aggravée par des manœuvres provocatrices

4. la céphalée disparaît après le bloc à visée diagnostique de la structure cervicale ou de son innervation » (3)

On ne parle ici plus du nerf occipital mais il est évoqué par le « bloc à visée diagnostique ». La définition ne met pas clairement en cause le nerf occipital et le type de céphalées n'est pas décrit et reste flou permettant d'englober beaucoup d'étiologie.

Annexe 2 :

Céphalées attribuées à une radiculopathie cervicale supérieure, définie par l'ICHD-3 :

La céphalée frontale induite par l'atteinte du C2 est décrite en note dans le chapitre sur la céphalée cervicogénique. Elle est décrite comme bien comprise et logique mais n'est pas incluse dans l'ICHD 3 par manque de preuve. Ils conseillent donc de la classer parmi les « Céphalées attribuées à une radiculopathie cervicale supérieure ».

Mais la définition donnée dans cette section est imprécise et mélange le contingent céphalalgique occipital et frontal de la radiculopathie C2 et ne mentionne même plus le nerf occipital :

« Critères diagnostiques :

A. Douleur à la tête et/ou au cou répondant au critère C

B. Preuve clinique, électro-diagnostique ou radiologique d'une radiculopathie C2 ou C3

C. Lien de causalité démontrée par les deux éléments suivants :

1. au moins deux des éléments suivants :

a) la céphalée s'est développée en **relation temporelle** avec l'apparition de la radiculopathie ou a conduit à sa découverte

b) la douleur s'est **significativement améliorée** ou s'est **significativement aggravée parallèlement** à l'amélioration ou à l'aggravation de la **radiculopathie**

c) la douleur est temporairement **abolie par l'anesthésie locale de la racine nerveuse** concernée

2. la céphalée est **ipsilatérale à la radiculopathie**

D. N'est pas mieux expliquée par un autre diagnostic de l'ICHD-3.

Commentaire :

La douleur est généralement postérieure, mais elle peut irradier vers des régions plus antérieures. Souvent, on détecte des lancements de la douleur dans l'une des zones innervées par les racines cervicales supérieures d'un côté ou des deux côtés, généralement dans les régions cervicales occipitales, rétro-auriculaires ou supérieures postérieures. » (3)

Cette description est floue et ne décrit pas précisément ce qui nous intéresse. La définition de la céphalée cervicogénique nous convient bien car le terme est simple mais il englobe une plus large définition. La « céphalée attribuée à une radiculopathie cervicale supérieure » nous donne certains critères complémentaires mais reste distante concernant la localisation et le lien de causalité décrit dans la définition de la névralgie occipitale et dans la définition de la céphalée cervicogénique.

Les éléments qui vont nous permettre de comprendre sont éparpillés dans l'ICHD 3.

Annexe 3 :

Anatomie du nerf occipital :

Il y a 3 nerfs occipitaux, le grand nerf occipital qui naît de la branche dorsale de C2, le petit nerf occipital qui naît de la branche ventrale de C2 et le troisième nerf occipital qui naît de la branche dorsale de C3 rarement impliqué.

Le grand nerf occipital transite après avoir contourné le bord inférieur du muscle oblique inférieur en remontant dans la nuque en dessous du muscle trapèze dans « le triangle sous occipital ». Il traverse à ce niveau le muscle semi-épineux de la tête puis traverse l'insertion occipitale du tendon du trapèze à 2 cm environ de la ligne médiane parfois proche du ligament occipital du sterno-cléido-mastoïdien (SCM).

Il peut être contraint sur plusieurs zones de son trajet, au niveau du ramus de C2 par les contacts osseux, au niveau du triangle occipital par étirement du nerf ou contracture des muscles qu'il traverse. Et enfin par contact avec l'artère occipitale qui le rejoint avant ou après le franchissement de l'aponévrose du trapèze.

Le petit occipital transite sous le SCM puis traverse le bord postérieur de son insertion occipitale avant de se diviser. Il peut être comprimé au niveau du ramus, par contact avec l'artère occipitale qu'il suit dans sa portion proximale et étiré entre le muscle oblique inférieur et le franchissement de l'aponévrose. (7), (8), (9)

L'anatomie explique qu'il y ait des causes diverses à l'atteinte du NO, musculaire, ostéotendineuses, rhumatismales, post traumatiques, vasculaires ou malformatives.

Il y a **3 triggers points** qui permettent de sensibiliser le nerf lorsqu'il est irrité et donc de faire le diagnostic de cette irritation (signe de Tinel) (6), (7) :

Pour le NGO :

- 1) Au niveau du triangle occipital lorsqu'il franchit le muscle semi épineux avec pour repère la base de l'occiput à 2 cm de la ligne médiane.
- 2) Au niveau de la ligne occipitale supérieure lorsqu'il franchit le muscle trapèze. À 2 à 4 cm de la protubérance occipitale externe.

Pour le PNO :

- 3) Au niveau de l'aire rétro-mastoïdienne, dans l'angle entre le processus mastoïde et la base du crâne, à 3 cm en supéromédial du processus mastoïde. Sur la ligne reliant la pointe du processus mastoïde à la protubérance occipitale externe il est à 1/3 de distance depuis le processus mastoïde.

Une céphalée répondant aux critères de la céphalée cervicogénique et avec un trigger point retrouvé cliniquement du même côté dans la nuque valide le diagnostic facilement.

Mécanismes physiopathologiques :

Le lien entre la céphalée cervicogénique sur le territoire de V1 et la névralgie occipitale est expliqué par une convergence trigémino-occipitale au niveau du noyau spinal du trijumeau.

Pour simplifier, des afférences nerveuses du C2 convergent vers la partie caudale du noyau du trijumeau formant une entité appelée le complexe trigémino-cervical.

Des douleurs provoquées au niveau du nerf occipital vont pouvoir se propager par ce complexe et causer un syndrome douloureux facial qui ne retrouve pas de cause étiologique propre.

Le plus fréquemment c'est une céphalée fronto-orbitaire sur le territoire du nerf ophtalmique comme décrit plus haut.

Cependant une revue narrative indienne de 2021 décrit comme efficace et spectaculaire l'utilisation du bloc du NGO pour le traitement de plusieurs types de céphalées. Laissant penser qu'il pourrait y avoir une implication plus large de ce complexe. L'étude retrouve notamment une efficacité dans la migraine, les céphales trigémino-autonomes (algie vasculaire de la face et SUNCT) et les céphalées en grappes. Seules les céphalées de tension n'étaient pas améliorées par le bloc. (10)

Annexe 4 :

Tableau 2 Diagnostics différentiels, comparaison des différents types de céphalées :

Caractéristique	Migraine	Céphalée de tension	Névralgie occipitale	Céphalée cervicogénique
Localisation	Unilatérale (mais peut être bilatérale), souvent fronto-temporale	Bilatérale, en "casque" ou en bandeau	Unilatérale parfois bilatérale Région occipitale, irradiant vers le vertex ou les tempes Territoire du C2 ou d'une de ses branches.	Unilatérale, parfois bilatérale, Région du V1, fronto-orbitale
Type de douleur	Pulsatile, modérée à sévère	Pressante ou serrante, légère à modérée	Douleur aiguë, lancinante ou en décharge électrique voir coup de poignard	Sourde, compressive, +/- pulsatile, faible à modérée
Durée	4 à 72 heures	30 minutes à 7 jours	Secondes à minutes, peut être paroxystique	Variable, souvent persistante
Symptômes associés	Nausées, vomissements, photophobie, phonophobie, aura (visuelle, sensorielle, etc.)	Généralement absents, parfois photophobie ou phonophobie légères	Sensibilité à la palpation du territoire des nerfs occipitaux, paresthésies, dysesthésie possibles	Limitation de la mobilité cervicale, douleur à la palpation des structures cervicales, symptômes dysautonomiques.

Caractéristique	Migraine	Céphalée de tension	Névrалgie occipitale	Céphalée cervicogénique
Facteurs déclenchants	Stress, certains aliments, menstruations, manque de sommeil	Stress, tension musculaire, posture prolongée	Mouvements ou positions spécifiques du cou	Compression ou irritation des nerfs occipitaux
Facteur soulageant	Isolation lumineuse et sonore. Position en chien de fusil	Repos, massage.	Massage, relaxation de la nuque.	Massage de l'arcade sourcilière, Massage relaxation de la nuque.

Elaboré à partir des définitions de l'ICHD-3 (3)

Annexe 5 :

Figure 1 : Anatomie du nerf occipital, trajet du nerf grand et petit occipital :

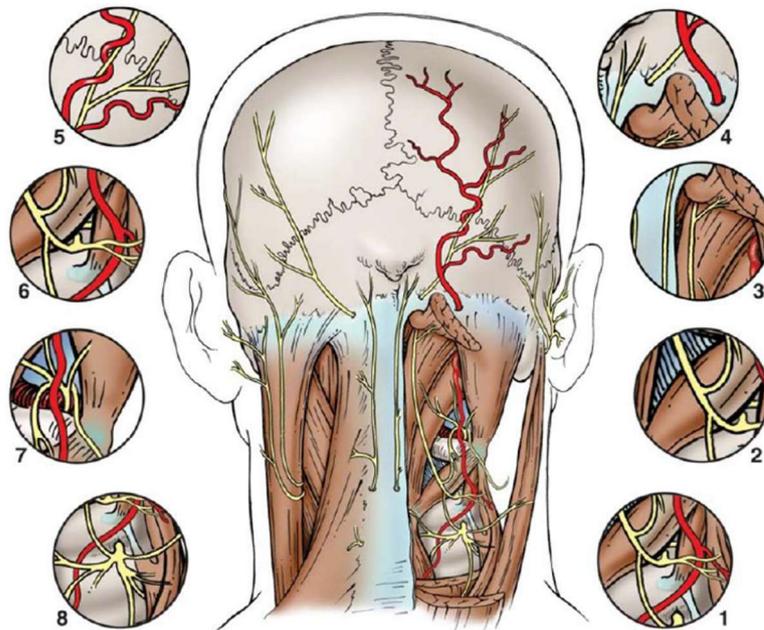


Fig. 2. Dessin des nerfs de l'occiput. Les images environnantes montrent les sites de compression potentiels de ces nerfs le long de leur trajet. 1 : Origine du troisième nerf occipital et connexion proximale avec le nerf grand occipital. 2 : Nerf grand occipital passant sous le muscle oblique inférieur. 3 : Nerf grand occipital passant par le muscle semi-épineux de la tête. 4 : Nerf occipital majeur sortant de l'aponévrose du muscle trapèze. 5 : Nerf occipital majeur traversant

avec l'artère occipitale. 6 : Origine du nerf grand occipital et relation avec la branche descendante de l'artère occipitale. 7 : Relation du nerf sous-occipital avec l'artère vertébrale et la branche descendante de l'artère occipitale et interconnexion de ce nerf avec le nerf grand occipital. 8 : Relation entre le troisième nerf occipital et le complexe articulaire C2-C3. [La figure en couleur peut être consultée dans le numéro en ligne, disponible sur wileyonlinelibrary.com.]

Figure 1 Anatomie du nerf occipital (extrait et traduit de Cesmebasi & al.) (7)

Annexe 6 :

Figure 2 : Complexe trigémino-cervical :

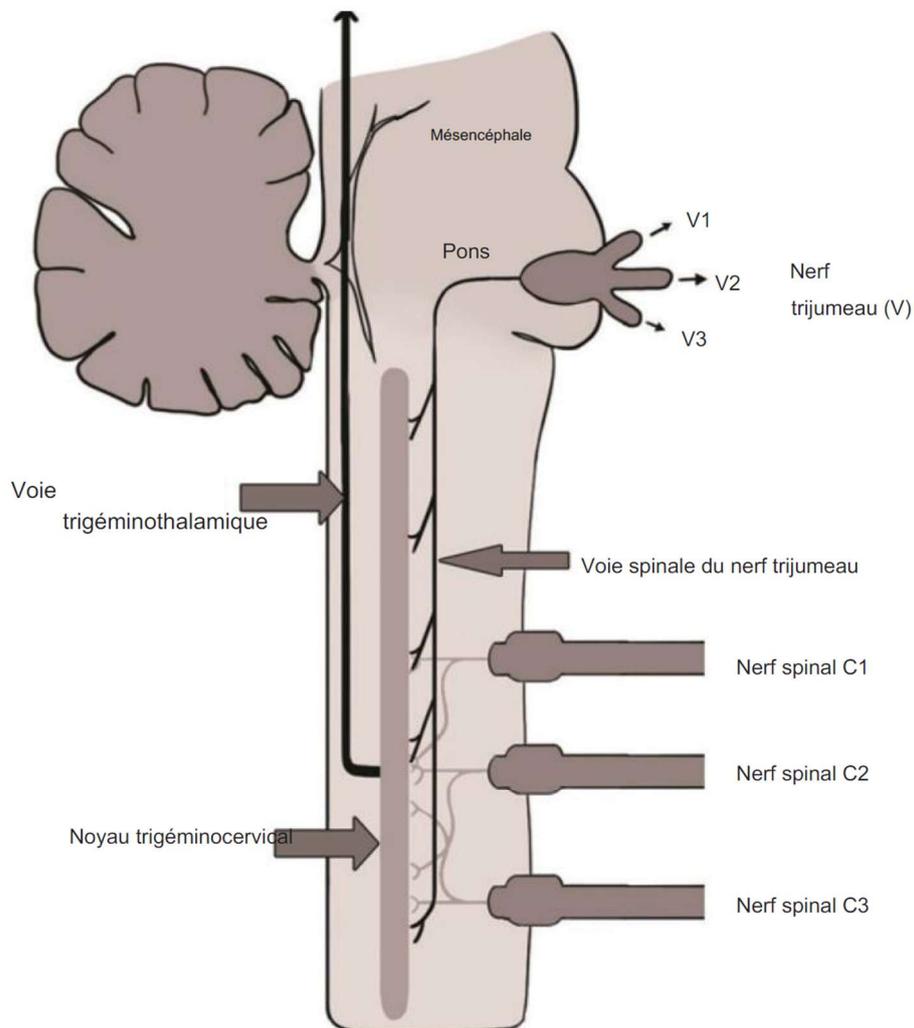


Fig. 2. Mécanisme de la céphalée cervicogène : douleur référée des structures cervicales due à la convergence entre le nerf trijumeau et les vertèbres C1, 2, 3 dans le noyau trigémino-cervical.

Figure 2 Mécanismes de la céphalée cervicogénique expliquée par les communications via le complexe trigémino-cervical. (Extrait et traduit de Il Choi and Sang Ryong Jeon) (6)

Annexe 7 :

Figure 3 et 4 Trajet du GON et cibles de l'infiltration :

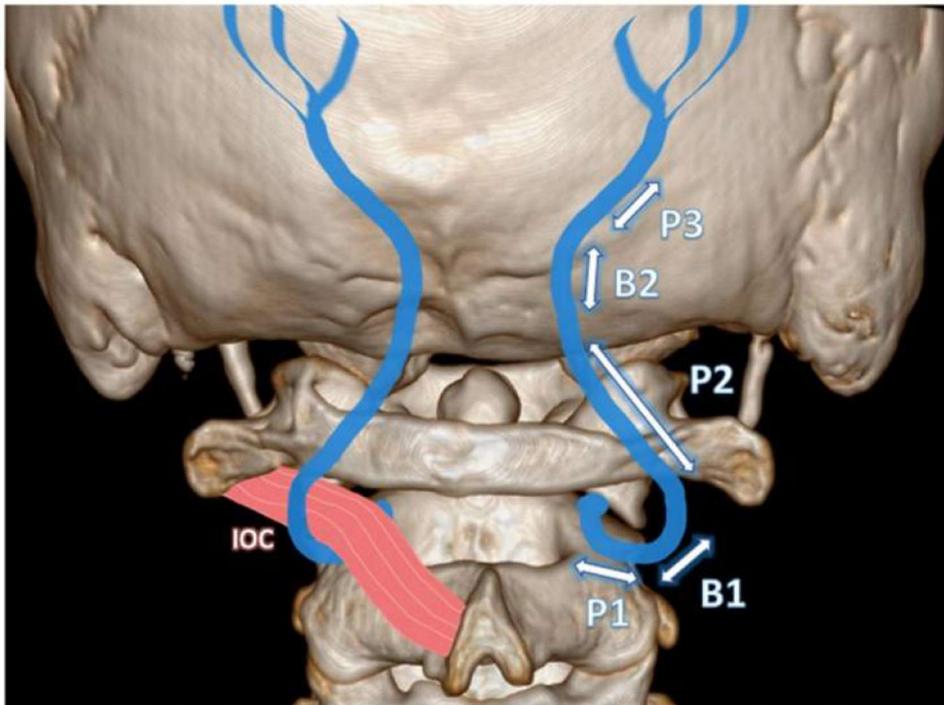


Fig. 2 Trajet du GON. Trois portions et deux courbures. (IOC) Muscle oblique inférieur de la tête

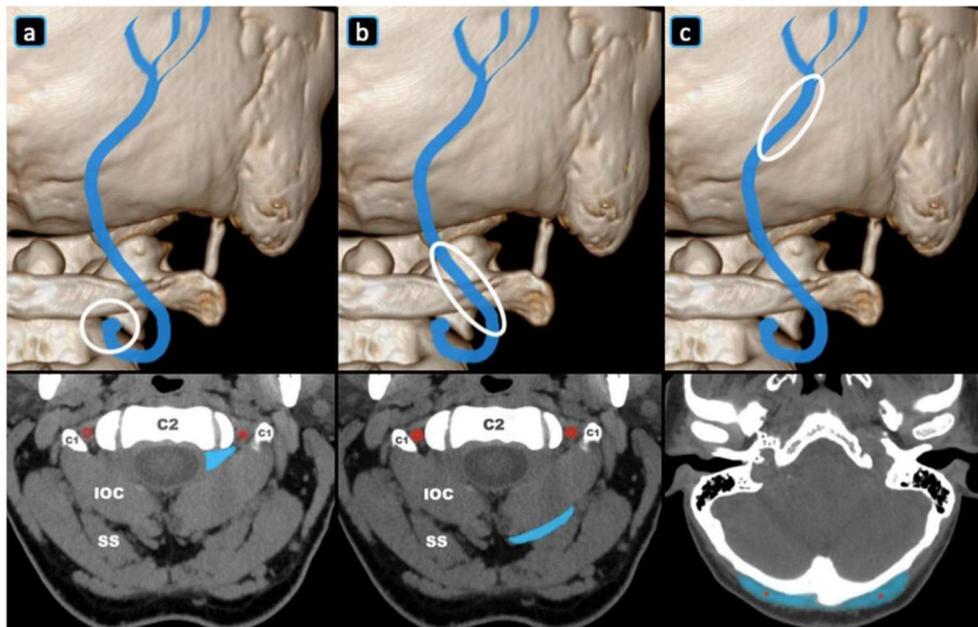


Fig. 4 Cibles du GON, représentées sur des coupes axiales de tomographie assistée par ordinateur. a Site profond à l'origine du nerf, b site intermédiaire à la première courbure du nerf, c site superficiel à l'émergence

Figure 3 et 4 trajet du GON et sites d'infiltration. (Extrait et traduit de Fabry et al.) (13)

Annexe 8 :

Figure 5 : Zone d'infiltration intermédiaire du Nerf Grand Occipital (NGO) et zone d'infiltration du Nerf Petit Occipital (NPO) :

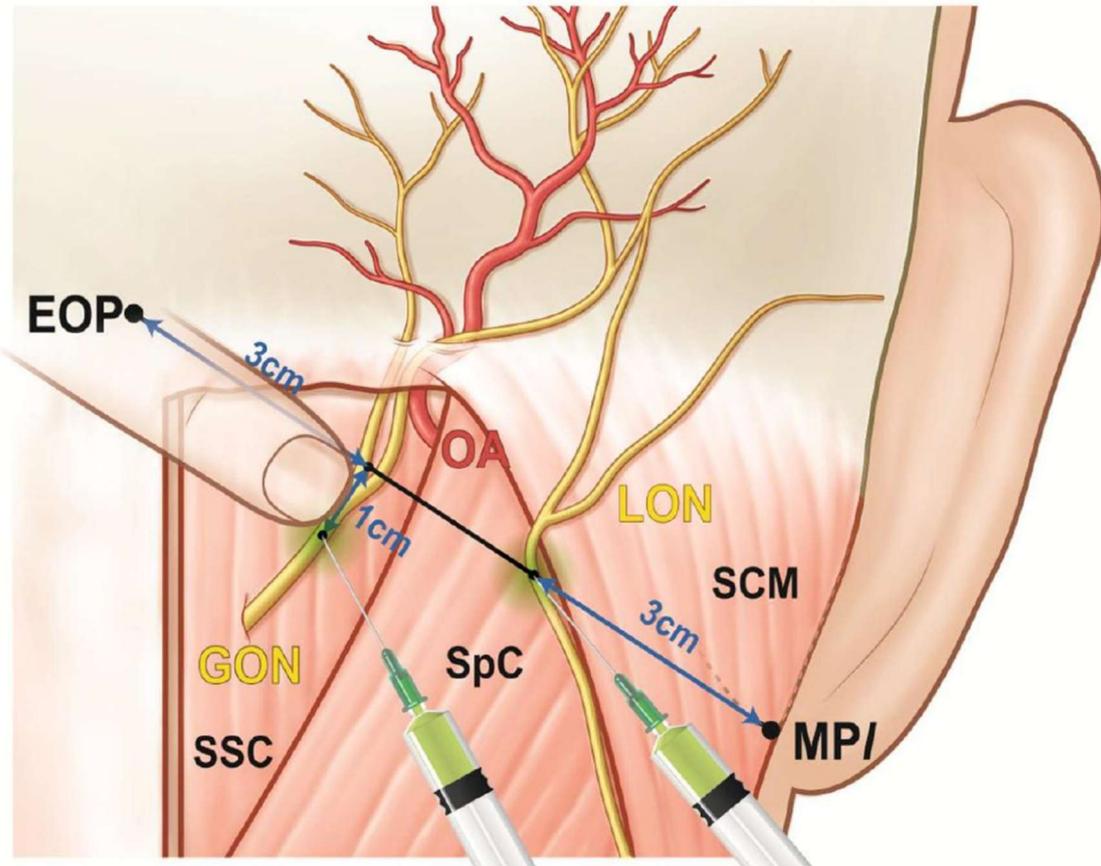


Figure 5 Zone d'infiltration du NGO et NPO.

(Extrait de SHIN et al.) (14)

Annexe 9 :

Questions du questionnaire :

- 1) Connaissez vous la Névralgie Occipitale ou névralgie d'Arnold ?
Oui/Non
- 2) Depuis quand ?
 - Formation initiale
 - Formation continue
 - Auto-formation au cours de votre pratique
 - Autre...
- 3) Sur un an, quelle proportion de névralgie occipitale avez-vous diagnostiqué ?
 - 1-10
 - 11-20
 - 21-30
 - >30
- 4) Quelle est votre prise en charge ?
 - AINS
 - Corticoïdes
 - Kinésithérapie
 - Conseils hygiéno-diététiques
 - Bloc anesthésique
 - Autre...
- 5) Demandez-vous des examens complémentaires ?
 - Non
 - Radiographie
 - Echographie
 - Scanner
 - IRM
 - Autre...
- 6) Avez-vous déjà demandé un avis spécialisé pour cette pathologie ?
 - Non
 - Rhumatologue
 - Neurochirurgien
 - Neurologue
 - Médecin de médecine physique et réadaptation

- Médecin thermaliste
- Radiologue interventionnel (Bloc)
- Autre...

(Présentation de la fiche pratique)

- 7) Cette présentation correspond-elle à votre définition de la névralgie d'Arnold ?
 - Oui/Non
- 8) Cette présentation correspond-elle pour vous à l'entité clinique névralgie d'Arnold ?
 - Oui
 - Non
 - Ne se prononce pas
- 9) Connaissiez-vous les critères diagnostiques de la névralgie d'Arnold ?
 - Oui/Non
- 10) Connaissiez-vous les triggers points (zones gâchettes) associés à cette entité clinique ?
 - Oui/Non
- 11) Connaissiez-vous le lien entre la céphalée fronto-orbitaire et la névralgie occipitale ?
 - Oui/Non
- 12) Connaissiez-vous le mécanisme de diffusion de la douleur via les convergences trigémino-cervicales du nerf occipital (C2) au Nerf ophtalmique (V1)
 - Oui/Non
- 13) D'après la définition de la fiche pratique, quelle serait selon vous l'incidence sur un an de cette affection en consultation de médecine générale ?
 - 1-10 cas
 - 11-20 cas
 - 21-30 cas
 - >30 cas

Résumé :

Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes de l'ex-région Midi-Pyrénées concernant la prise en charge de la névralgie d'Arnold ou Névralgie du nerf grand occipital en soins primaires

Introduction :

La névralgie d'Arnold est une affection qui présente un mécanisme physiopathologique intéressant. Notamment au niveau la céphalée cervicogénique fronto-orbitaire dont la cause physiopathologique n'est pas évidente.

C'est une pathologie pour laquelle il y a beaucoup de littérature neurologique ou chirurgicale.

Qu'en est-il de la prise en charge en soins premiers ?

Matériel et méthode :

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude transversale multicentrique à l'aide d'un questionnaire. Les médecins généralistes ont été interrogés sur leur sensibilisation à cette pathologie et sur la façon dont ils la prenaient en charge.

Une fiche de résumé synthétique des principaux éléments de cette pathologie a également été présentée au cours du questionnaire.

Résultats :

Les résultats montrent que les médecins généralistes ont tous une connaissance minimale de cette affection. La prise en charge s'axe autour de la kinésithérapie et des AINS.

La fiche synthétique a été bien accueillie et validée par les pairs.

Elle révèle que les mécanismes de diffusion de la douleur sont de façon générale mal compris par les médecins généralistes.

Conclusion :

Cette étude apporte un nouveau regard sur cette pathologie, axé sur la prise en charge ambulatoire.

Mots clefs :

Névralgie d'Arnold, névralgie occipitale, Céphalées cervicogéniques, céphalées fronto orbitaires, soins premiers, ambulatoire, Médecin généraliste.