



Douleurs orofaciales

Dominik Ettlin, Ursula Galli

Les douleurs orofaciales consistent en symptômes douloureux touchant la région des dents, de la cavité buccale, de la mâchoire et du visage, mais impliquant souvent aussi des régions voisines, telles que les oreilles, la nuque/le cou et la tête. Si un diagnostic correct est posé à un stade précoce, il est souvent possible de mettre en œuvre un traitement simple des douleurs aiguës. Les troubles chroniques, en revanche, réclament des investigations et un traitement interdisciplinaires faisant appel à des dentistes, des médecins de différentes disciplines, des psychologues et des physiothérapeutes.

Classification

Les patients présentent souvent des symptômes cliniques multiples, dont les critères diagnostiques peuvent correspondre à différents tableaux cliniques. Rien que pour les douleurs orofaciales, il existe au moins quatre systèmes de classification diagnostiques, ce qui démontre la difficulté que l'on rencontre souvent sur le plan clinique pour établir une classification nette des troubles [2,3,4,5]. Les propositions d'un système de classification uniforme n'ont pas (encore) recueilli une large adhésion [6]. S'agissant de la pratique clinique quotidienne, c'est la classification s'appuyant sur le schéma temporel de la douleur qui a fait ses preuves jusqu'ici (voir Tableau 1).

Principes diagnostiques fondamentaux

L'anamnèse de la douleur revêt une énorme importance dans le diagnostic. Elle peut être re-

lativement limitée en cas d'infection des dents ou de troubles aigus dans la sphère maxillaire, parce que les observations cliniques dominent le tableau clinique et que les procédés d'imagerie confirment généralement le diagnostic de présomption. Si l'imagerie médicale ne permet pas d'établir de corrélation morphologique pour les troubles, il faut élaborer un diagnostic sur la base de critères d'inclusion ou d'exclusion. Les questionnaires peuvent ici s'avérer précieux, tout en ne remplaçant pas une anamnèse soigneuse. Nous présenterons ci-après les principaux tableaux cliniques des douleurs orofaciales.

Inflammation dentaire

L'inflammation dentaire est souvent infectieuse et peut prendre la forme d'une pulpite, à l'intérieur de la dent, ou d'une gingivite/parodon-

Editorial

Les douleurs orofaciales peuvent avoir des causes multiples et revêtir des formes relevant de plusieurs disciplines. Les hésitations dans la pose du diagnostic entraînent de nombreuses consultations auprès des médecins et des dentistes, et peuvent aboutir à une pathologie douloureuse handicapant le sujet dans tous les domaines de sa vie. Le dépistage précoce d'une chronicisation en cours et un traitement par une équipe interdisciplinaire sont par conséquent importants [1]. Les facteurs causaux et modulateurs de la douleur ainsi que les souhaits du patient déterminent la stratégie thérapeutique, laquelle consiste souvent à associer approches non médicamenteuses et médicamenteuses.

Dr méd. et méd. dent. D. Ettlin

tite, à la périphérie de la dent. Des terminaisons nerveuses libres sont en l'occurrence directement stimulées par des agents toxiques – des toxines bactériennes, par exemple. Les douleurs dentaires sont souvent décrites comme sourdes et irradiantes, et peuvent être renforcées par des stimuli extérieurs, tels que pression ou stimuli thermiques. Le diagnostic est confirmé par des tests cliniques et radiologiques.

Néuralgies crâniennes

La plus connue des néuralgies faciales est la néuralgie du trijumeau (NT). Elle se diagnostique facilement en raison de son caractère bref et fulgurant, du déclenchement typique des douleurs dans certaines zones gâchettes (effleurer,

Sommaire

| | |
|--|---|
| Douleurs orofaciales | |
| Traitement psychologique des douleurs orofaciales chroniques | 3 |
| Pharmanews | 4 |



parler, se brosser les dents) et de l'absence de signes cliniques. Celui ou celle qui ne connaît pas le tableau clinique de la NT va penser en premier lieu à une pathologie dentaire, mais ne va trouver aucune anomalie clinique ou radiologique à ce niveau. Contrairement à la NT, une fracture dentaire verticale s'accompagne d'une douleur à la décompression, qui peut être provoquée lors de l'examen clinique.

On distingue une forme classique (idiopathique) et une forme symptomatique. Dans la NT classique, le nerf trijumeau est le plus souvent comprimé de manière pathologique par un vaisseau sanguin au niveau de la zone d'émergence de la racine du trijumeau, à proximité du tronc cérébral [7]. Dans la NT symptomatique, en revanche, on est en présence d'une tumeur au niveau de l'angle ponto-cérébelleux, d'une maladie démyélinisante (sclérose en plaques, p. ex.) ou d'une autre forme de pathologie cérébrale. Pour exclure ce type de résultats, une IRM est donc indiquée au moins une fois chez tout patient présentant une NT. Le traitement est fonction de la maladie de fond. S'agissant du traitement médicamenteux, les anticonvulsivants figurent au premier plan. L'intérêt d'une intervention chirurgicale doit être évalué par un neurochirurgien.

Céphalée primaire

Les céphalées primaires comme cause de douleurs orofaciales sont généralement sous-estimées et peuvent représenter un défi clinique dès lors que les symptômes douloureux se manifestent partiellement ou exclusivement au

niveau des dents ou des maxillaires [8]. Trait caractéristique : une survenue épisodique, avec des intervalles totalement asymptomatiques entre les épisodes douloureux. Ceux-ci apparaissent le plus souvent en l'absence de tout facteur déclenchant identifiable et persistent – en fonction de la forme de céphalée (migraine, céphalée en grappe, hémicrânie paroxystique, syndrome SUNCT) – quelques instants, des heures ou quelques jours. Symptômes riches d'enseignements sur le plan diagnostique : des symptômes concomitants autonomes, tels que larmoiement et écoulement nasal ou rougeur des yeux, sur lesquels il convient d'interroger explicitement le patient. Le traitement est axé sur les directives relatives au type de céphalalgie constaté.

Algie faciale idiopathique persistante

Ces douleurs dentaires ou faciales sont quotidiennes, mais d'intensité le plus souvent fluctuante [3]. Le sommeil reste presque toujours préservé. Les patients décrivent une douleur permanente, profonde, difficilement localisable et qui, d'abord unilatérale, peut plus tard persister de manière bilatérale ou en alternance. Souvent brûlante ou lancinante, elle peut aussi être sourde et térébrante. Des qualificatifs à connotation affective sont également utilisés, tels que douleurs torturantes, épuisantes et insupportables [9]. Contrairement à la NT et aux céphalées primaires, la douleur – d'une intensité légère à moyenne – est permanente. Des épisodes douloureux plus intenses – limités dans le temps – peuvent venir se surajouter. Ces épisodes s'accompagnent souvent d'une

sensation subjective de tuméfaction ou d'hypoesthésie, qui ne peut toutefois pas être objectivée, faute de quoi il faudrait penser à une autre pathologie. Le diagnostic d'algie faciale idiopathique persistante ne doit être posé que s'il est possible d'exclure d'autres syndromes douloureux connus et que si les investigations plus poussées – y compris l'imagerie médicale – ne mettent en évidence aucune autre pathologie au niveau de la face et du crâne. En cas de douleur délimitable, une infiltration anesthésique peut s'avérer utile pour le diagnostic, car elle n'atténue pas la douleur – ou ne le fait que partiellement.

Point extrêmement important sur le plan thérapeutique : la transmission adéquate de l'information au patient. Des douleurs idiopathiques persistantes affectant les dents ou la face peuvent en effet provoquer – tant chez lui que dans son entourage – des « actes de désespoir » (remplacement d'amalgames, traitement de racines, extraction dentaire) et entraîner des dommages biologiques (et financiers) supplémentaires. Il importe de résister à ces interventions non indiquées. Le patient réagit avec soulagement à un diagnostic explicatif et à l'annonce d'une possibilité de traitement après avoir été dans une ignorance torturante. Des douleurs idiopathiques persistantes des dents ou de la face réclament précocement l'intégration d'une équipe interdisciplinaire de thérapeutes ainsi que des approches thérapeutiques à la fois pharmacologiques et prenant en compte la psychologie de la douleur.

Tableau 1

Diagnostic clinique différentiel des douleurs orofaciales par schéma temporel

| <i>épisodiques (avec intervalles exempts de douleurs)</i> | <i>persistantes (intensité fluctuante/progressive)</i> |
|--|--|
| <p><i>crises de < 1 min</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • traumatisme/infection • fracture dentaire verticale • névralgie crânienne • réactivation d'un herpès (zona) <p><i>des minutes à des heures</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • céphalées primaires (migraines, céphalalgies autonomes du trijumeau) <p><i>(essentiellement) dépendant de la fonction</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • myoarthropathie MAP • artérite temporale • dissections de la carotide, fistules A-V • tumeur dans la région des articulations temporo-mandibulaires (articulaire, extra-articulaire) | <ul style="list-style-type: none"> • douleurs dentaires (pulpite, parodontite, péri coronite) • myoarthropathie MAP • douleur dentaire/faciale idiopathique persistante (anciennement : douleur faciale atypique) • douleur de désafférentation • névralgie posttherpétique • brûlure de la langue, de la bouche • céphalée de tension • tumeurs dans la région de la tête et dans la sphère ORL |

Sur le plan médicamenteux, on peut utiliser en application locale des substances qui agissent sur les canaux membranaires des fibres nerveuses afférentes, en particulier des anesthésiques locaux. Grâce à des supports médicamenteux (gouttières dentaires souples avec couverture de la muqueuse), ceux-ci peuvent agir localement à long terme sous forme de gel, sans être dilués ou emportés par la salive. Les expérimentations animales les plus récentes indiquent l'existence d'une synergie entre la capsaïcine et les anesthésiques locaux [10]. Un mécanisme d'action périphérique est en outre de plus en plus attesté pour les antidépresseurs tricycliques (l'amitriptyline, p. ex.) [11,12,13]. Toutefois, on connaît beaucoup plus leur action éprouvée dans le cas de leur utilisation systémique, l'effet analgésique se manifestant en l'occurrence avant l'effet antidépresseur et la dose pouvant dès lors être le plus souvent maintenue à un faible niveau. En cas de douleurs supplémentaires lancinantes et fulgurantes, les anticonvulsivants (carbamazépine, prégabaline, lamotrigine, p. ex) peuvent apporter une amélioration.

Douleur de désafférentation

Contrairement à ce que l'on suppose, le nerf de la dent n'est pas « tué » ou « dévitalisé » lors de certaines interventions, telles que traitement de la racine ou extraction dentaire. En effet, le noyau cellulaire de chaque neurone reste actif et peut même parfois devenir suractif. Des lésions nerveuses consécutives à des lésions traumatiques ou chirurgicales (traitement racinaire, extraction dentaire, remplacement de dent par implant, chirurgie des sinus [14], etc.) peuvent entraîner des « douleurs de désafférentation ». Le risque est accru lorsqu'il existe des douleurs préalables [15]. Les douleurs de désafférentation ressemblent aux douleurs idiopathiques persistantes, le caractère typique de brûlure étant en l'occurrence à souligner. Le traitement médicamenteux se rapporte, lui aussi, à la forme de douleur précédemment évoquée. Par définition, une hypoesthésie ou une anesthésie sont la condition préalable aux douleurs de désafférentation. Dans le cas d'une douleur de désafférentation dentaire, il faut tenir compte du fait que les fibres nerveuses situées à l'intérieur de la dent (pulpe dentaire) ne sont pas accessibles à un contrôle clinique de l'hypoesthésie. Cette restriction n'a aucune influence sur la gestion thérapeutique. Il faut au contraire

considérer que des idées fausses de la part des sujets concernés aboutissent toujours à des interventions supplémentaires dans la cavité buccale. Si des interventions non indiquées médicalement sont expliquées d'une manière qui prête à confusion, si les méthodes de contrôle ne tiennent pas et sont incompatibles avec les connaissances professionnelles actuelles – alors une prudence toute particulière s'impose.

Myoarthropathie de l'appareil manducateur

Du fait de la mandibule en forme de fer à cheval, les articulations temporo-mandibulaires constituent un système articulaire bilatéral couplé, dans lequel des mouvements de glissement et de rotation se combinent pour donner une diversité de mouvement. Un ménisque fibrocartilagineux est intercalé entre la cavité articulaire et la tête osseuse mandibulaire, ménisque dont le déplacement dans l'articulation peut entraîner des craquements lors des mouvements mandibulaires et peut limiter les mouvements de cette articulation. La forme des articulations temporo-mandibulaires et la position du ménisque présentent un haut degré d'adaptabilité. La position optimale du maxillaire inférieur est la position de repos dite « flottante », autrement dit dans laquelle les dents du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur ne sont pas en contact. Condition préalable à cette position de repos : la détente des muscles masticateurs. La tension musculaire est elle-même régulée par la conjonction de structures nerveuses périphériques et centrales [16,17,18].

Les troubles localisés au niveau ou à proximité de l'articulation temporo-mandibulaire sont généralement désignés en pratique quotidienne par le terme générique de « myoarthropathie de l'appareil manducateur » (MAP). Il s'agit de troubles de l'appareil manducateur, dus à des altérations inflammatoires et/ou dégénératives de la musculature masticatrice et/ou des articulations temporo-mandibulaires [19]. Les symptômes cardinaux et les symptômes concomitants mènent au diagnostic. Les trois principaux symptômes cardinaux de MAP consistent en limitations des mouvements de la mandibule, en bruits articulaires et en douleurs locales au niveau de la musculature masticatrice et/ou des articulations temporo-mandibulaires. On rencontre en outre également souvent des symptômes concomitants de nature diverse : maux

de dents, céphalées, maux d'oreille/acouphènes, douleurs cervicales, vertiges, larmoiement/écoulement nasal, sensation d'hypoesthésie, fourmillements, autres douleurs physiques, trouble du sommeil, etc. La présence d'un ou de plusieurs de ces symptômes doit inciter le clinicien à cibler ses recherches sur des symptômes cardinaux (pour inclure ou exclure une MAP). Des céphalées persistantes au niveau des tempes ou des maux d'oreille continus, mais également des douleurs cervicales constantes sont fréquemment associés à un trouble de l'appareil manducateur.

Traitement psychologique de la douleur en cas de douleurs orofaciales chroniques

Tout comme d'autres douleurs chroniques, les douleurs orofaciales persistantes ou récidivantes doivent être considérées dans le cadre d'un concept de maladie biopsychosociale [20]. Dans le cas de douleurs qui durent plus de trois mois malgré le traitement et ont de fortes répercussions sur la vie des personnes concernées, l'anamnèse doit être élargie aux aspects psychosociaux et, en cas d'anomalies, un traitement médical et psychologique spécialisé doit être instauré. Font partie de l'anamnèse psychosociale des questions relatives aux conditions de vie (événements de la vie, facteurs de stress et ressources), aux contraintes et aux répercussions résultant des douleurs sur la vie quotidienne, aux stratégies permettant de surmonter la douleur, aux convictions relatives à la maladie ainsi qu'au ressenti psychique.

Comorbidités

69% des patients souffrant de douleurs orofaciales chroniques ressentent également des douleurs dans d'autres régions du corps [21]. On rencontre en outre fréquemment des cas où ces douleurs se recoupent avec d'autres tableaux pathologiques chroniques, tels que fibromyalgie, céphalée de tension, syndrome d'épuisement chronique et troubles fonctionnels [22]. Les comorbidités psychiques surviennent chez 20-60% des patients – les dépressions, les troubles anxieux, les états de stress ainsi que les troubles somatoformes étant les plus fréquents. Tant pour la fibromyalgie que pour les douleurs orofaciales chroniques, on envisage un trouble de l'élaboration centrale de la douleur et du stress [23,24].



Psychothérapie de la douleur

La psychothérapie de la douleur dans les douleurs chroniques de la face ne se distingue pas fondamentalement de celle d'autres patients souffrant de douleurs chroniques [25]. L'objectif est d'élucider les relations existant entre sentiments, pensées, comportement, conditions extérieures (situation professionnelle, p. ex.) et les douleurs, et de mettre en œuvre des possibilités de changement. Les sujets concernés peuvent apprendre à mieux composer avec la douleur et réduire la limitation que celle-ci impose à leur vie. Il est possible d'atténuer les sentiments de détresse et d'incapacité de contrôle qui sont souvent présents dans les cas de douleurs persistantes.

Psychoéducation – modèle de maladie : un élément central réside ici dans l'élaboration avec le patient d'un modèle commun de la douleur, car des modèles subjectifs de la douleur (en particulier dans les cas d'angoisses liées à la douleur) conditionnent tant le vécu de la douleur que le comportement vis-à-vis de celle-ci [26]. Mieux les patients comprennent leur modèle spécifique de la douleur, plus ils vont pouvoir porter un jugement réaliste sur leurs symptômes. Transmises de manière adaptée, des informations concernant les processus de sensibilisation périphériques et centraux peuvent rendre intelligibles pour les patients des douleurs jusque-là incompréhensibles (les douleurs neuropathiques, p. ex.), leur apporter

un soulagement et supprimer leurs peurs. Pour les patients atteints de bruxisme, les informations portant sur la relation qui existe entre l'augmentation de parafunctions liées au stress (en particulier, le fait de serrer inconsciemment les dents) et l'augmentation de l'intensité de la douleur revêtent une grande importance.

Perception du corps – exercices de relaxation : par l'observation de soi, par des exercices de perception du corps et par le bio-feedback, des patients peuvent apprendre à identifier les relations entre états émotionnels, agitation intérieure, capacité de relaxation psychophysiologique insuffisante et renforcement de la douleur [27]. Différentes techniques de relaxation, choisies selon les préférences personnelles améliorent la capacité de relaxation. Pour les patients douloureux, la relaxation musculaire progressive selon Jacobson a été bien étudiée, laquelle consiste à s'exercer à une perception plus différenciée des états de tension musculaire [28].

Capacité de contrôle et degré d'acceptation : un objectif thérapeutique important réside dans l'expérience de la capacité de changement, de l'efficacité personnelle et de la capacité de contrôle de la douleur dans le cadre des possibilités individuelles. Le rôle personnel joué dans l'apparition et la modification des troubles peut ainsi être vécu d'une manière nouvelle et, souvent aussi, une attitude d'accep-

tation peut être trouvée vis-à-vis des douleurs, dans le sens d'une vie accomplie comportant des douleurs au lieu d'une vie en combat contre les douleurs.

Autres thèmes importants à considérer parallèlement à la stricte maîtrise de la douleur : le contexte social (comment la pathologie douloureuse influe-t-elle sur les relations sociales, sur la famille ?), la fonctionnalité éventuelle de la douleur (de quoi la douleur me protège-t-elle ?), ainsi que les conflits actuels non résolus qui constituent des facteurs de stress et qui peuvent entretenir la douleur. L'objectif consiste à trouver l'équilibre entre le contrôle de la douleur et un déplacement du centre de l'attention sur des thèmes de vie sans relation avec la douleur (qu'est-ce qui donne un sens à la vie malgré les douleurs ?).

Interdisciplinarité

La pluridimensionnalité des douleurs chroniques doit également se refléter dans l'équipe thérapeutique, en ce sens que l'échange interdisciplinaire et un concept commun de traitement constituent des conditions essentielles à un résultat thérapeutique satisfaisant.

Bibliographie : voir www.dolor.ch

Pharmanews

Pfizer Suisse SA

NOUVEAU : traitement des douleurs neuropathiques centrales – LYRICA®, le seul antiépileptique autorisé pour toutes les neuropathies

Swissmedic a autorisé le médicament LYRICA® (prégabaline) pour le traitement des douleurs neuropathiques centrales en avril 2008. La nouvelle indication « douleurs neuropathiques centrales » inclut, p. ex., les douleurs neuropathiques après un AVC, lors d'un traumatisme médullaire ou chez les patients souffrant d'une sclérose en plaques. Pour vous, ainsi que pour les patients concernés, l'importance de cette nouvelle indication est capitale : avec cette nouvelle indication, l'ensemble des coûts de traitement de toutes les douleurs neuropathiques sont maintenant pris en charge par les caisses-maladie. Un vaste programme d'étude a démontré la grande efficacité de LYRICA® pour traiter les douleurs neuropathiques périphériques [1] et centrales [2,3] et a mis en évidence l'atténuation de la douleur, cliniquement importante et durable, ressentie par les patients [1]. De plus, grâce à la simplicité de son administration (1 capsule 2 x par jour) par rapport aux anciens traitements, tels que la gabapentine, le traitement est facilité. Ceci permet aux patients de l'intégrer plus aisément dans leur vie quotidienne.

[1] Freynhagen R et al.: *Pain*; 115: 254-263, 2005 ; [2] Siddall PJ et al.: *Neurology*; 67: 1792-1800, 2006 ; [3] Vranken JH et al.: *Pregabalin in patients with central neuropathic pain: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial of a flexible-dose regimen*. *Pain*; 2007; (article in Press)

Tous les textes publiés sous la rubrique Pharmanews sont des affirmations émanant de l'industrie

Impressum

Comité de rédaction : Pr A. Borgeat, Zurich ; Pr U.W. Buettner, Aarau ; Dr M. Felder, PD, Zurich ; Pr P. Keel, Bâle ; Pr S. Palla, médecine dentaire, Zurich ; rédactrice responsable : Dr N. Leyser, IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Bâle

Les noms de marque peuvent être protégés par le droit des marques, même si l'indication correspondante devait faire défaut. Aucune garantie n'est donnée en ce qui concerne les indications relatives à la posologie et à l'administration de médicaments.

Publication en collaboration avec la Société suisse pour l'étude de la douleur. Editeur : Dr Christian Jäggi, IMK, Bâle ; Edition : IMK Institut pour la médecine et la communication SA, Münsterberg 1, 4001 Bâle ; tél. : 061/271 35 51 ; fax : 061/271 33 38 ; e-mail : dolor@imk.ch ; www.dolor.ch

Parution trimestrielle
ISSN 1422-0601 © IMK

Avec l'aimable soutien de



Les sponsors n'exercent aucune influence sur le contenu de la publication. Ils peuvent faire paraître de brefs communiqués sous la rubrique Pharmanews.