

Le dossier – Dermatologie buccale

Actualités sur les stomatodynies

RÉSUMÉ : Les stomatodynies sont des sensations pathologiques buccales non liées à une pathologie muqueuse. Leur origine réside donc plutôt dans le système nerveux, avec des étiologies plutôt neurologiques pour certains patients et plutôt psychologiques pour d'autres.

Les traitements sont peu codifiés mais reposent habituellement sur les antidépresseurs et les GABAergiques. Les psychothérapies peuvent aussi être utiles.



L. MISERY
Service de Dermatologie,
CHU de BREST.

Les stomatodynies sont des douleurs buccales qui ne sont pas liées à un problème muqueux. L'examen est donc normal ou ne montre pas de lésion pouvant expliquer ces douleurs. Habituellement, ce sont des glossodynies, c'est-à-dire qu'elles sont localisées uniquement à la langue, mais les sensations peuvent être perçues dans d'autres localisations buccales, et même atteindre les lèvres et la région péri-buccale. Les sensations ne sont pas toujours des douleurs : il peut aussi s'agir de sensations de picotements, de brûlures, de décharges électriques ou même de prurit.

Les stomatodynies sont liées à un problème nerveux, au sens large du terme. Leur physiopathologie est discutée, parfois de manière polémique : neuropathie ? dépression masquée ? les deux ? Pour tenter de trancher, nous avons réalisé une étude recherchant des éléments en faveur d'une douleur avec l'échelle DN4 et des signes de dépression ou d'anxiété avec l'échelle HAD. La vérité n'est certainement pas univoque puisqu'un tiers des patients avait une douleur neuropathique et un autre tiers des troubles psychiques, les deux populations pouvant d'ailleurs se superposer [1].

Pourtant, la sémiologie est assez unificatrice dans la mesure où les stomatodynies augmentent d'intensité au cours de la journée, sont calmées par les repas et

aggravées par le stress. Elles sont plus fréquentes chez la femme, surtout après la ménopause. Des troubles du goût (dysgueusie, agueusie) ou une sensation de bouche sèche peuvent être associés. L'intensité des symptômes peut aller d'une simple gêne à des douleurs insupportables et envahissantes.

Selon les études, la prévalence varie de 0,1 à 3,9 %. Causes possibles, l'anxiété et surtout la dépression peuvent aussi être des conséquences car le retentissement sur la qualité de vie peut être important. Alors que l'on admettait que la stomatodynie était volontiers associée à d'autres douleurs chroniques mal expliquées, il semble que cela ne soit pas le cas, selon une revue systématique récente [2].

Si l'examen buccal est normal, le diagnostic différentiel ne peut se discuter qu'avec d'autres neuropathies (topographie évocatrice, avec en particulier les névralgies dentaires et les névralgies du trijumeau) ou avec le bruxisme (douleurs du bout de la langue et mouvements inconscients de l'appareil manducateur, surtout pendant le sommeil, conduisant à une usure des dents caractéristique).

Si la recherche physiopathologique est de plus en plus active, il en est de même pour la recherche thérapeutique et une revue *Cochrane* vient de faire le point [3], mais en incluant seulement

Le dossier – Dermatologie buccale

les études comparant une intervention à un placebo, soit 23 études. Aucun traitement n'avait d'effet clairement favorable. Avec un niveau de preuve qualifié de très bas, le clonazépam topique (dont la prescription est désormais réservée aux neurologues en France) et la gabapentine ou la prégabaline semblent néanmoins utiles.

Quant aux antidépresseurs, aux cholinergiques et aux benzodiazépines systémiques, les résultats sont qualifiés d'insuffisants ou contradictoires. Il faut quand même noter que 4 études sont en faveur d'un effet favorable à long terme des psychothérapies.

Dans notre pratique, nous utilisons volontiers la gabapentine et la prégabaline quand une composante neuropathique est au premier plan et les

antidépresseurs (tricycliques mais surtout inhibiteurs de la recapture de la sérotonine) [4] quand une composante psychique est au premier plan. Nous utilisons de plus en plus la duloxétine, à la croisée des théories physiopathologiques et qui a l'autorisation de mise sur le marché pour le traitement de la dépression mais aussi de la douleur. Le traitement pharmacologique doit être prolongé pendant au moins 6 mois. Une psychothérapie associée est souvent très utile à condition que les patients évoquent volontiers une souffrance psychique et/ou des événements stressants comme facteurs de déclenchement.

BIBLIOGRAPHIE

1. SEVRAIN M, BRENAUT E, LE TOUX G *et al.* Primary burning mouth syndrome: A

questionnaire study of neuropathic and psychological components. *Am J Clin Dermatol*, 2016;17:171-178.

2. MOISSET X, CALBACHO V, TORRES P *et al.* Co-occurrence of pain symptoms and somatosensory sensitivity in burning mouth syndrome: A systematic review. *PLoS One*, 2016;11:e0163449.
3. McMILLAN R, FORSELL H, BUCHANAN JA *et al.* Interventions for treating burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;11:CD002779.
4. FLEURET C, LE TOUX G, MORVAN J *et al.* Use of selective serotonin reuptake inhibitors in the treatment of burning mouth syndrome. *Dermatology*, 2014;228:172-176.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.