

Le dossier – Peau et psy

Les stomatodynies

RÉSUMÉ : Les stomatodynies sont des sensations pathologiques buccales qui ne sont pas en lien avec une pathologie muqueuse. Leur origine réside donc plutôt dans le système nerveux, avec des étiologies neurologiques pour certains patients et psychologiques pour d'autres. Les traitements sont peu codifiés mais reposent habituellement sur les antidépresseurs et les gabapentinoïdes. Les psychothérapies peuvent aussi être utiles.



L. MISERY

Service de dermatologie, CHU de BREST.

Les stomatodynies sont un problème fréquent et difficile. Habituellement, les patients consultent de nombreux praticiens : odontologues, généralistes, stomatologues, ORL, dermatologues, etc. Ils consultent rarement des spécialistes de la douleur ou des psychiatres, ou alors en fin de parcours. Pourtant, ces deux dernières spécialités seraient peut-être les plus utiles... Quoi qu'il en soit, les dermatologues doivent être capables de faire le diagnostic et de proposer un traitement.

Diagnostic

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. Les termes de syndrome des brûlures buccales (traduction de l'anglais *burning mouth syndrome*) ou de paresthésies buccales sont des synonymes.

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. Si la langue est concernée dans 80 % des cas (et en particulier la pointe de la langue) le palais est atteint 6 fois sur 10, les gen-

cives 4 fois sur 10, ainsi que les lèvres. Plancher de la bouche, face interne des joues et pharynx sont rarement atteints. Les symptômes sont habituellement bilatéraux et peuvent être migrateurs.

Les sensations anormales sont décrites de manière variable par les patients [1]. Ce ne sont pas toujours des douleurs et il peut aussi s'agir de sensations de picotements, brûlures, décharges électriques ou même de prurit. Des troubles du goût (dysgueusie, agueusie) ou une sensation de bouche sèche peuvent être associés. Certains patients rapportent parfois des douleurs faciales ou des difficultés à la déglutition [2]. L'intensité des symptômes peut aller d'une simple gêne à des douleurs insupportables et envahissantes. Le retentissement sur la qualité de vie est souvent important.

L'augmentation d'intensité au cours de la journée est caractéristique, avec un pic d'intensité en soirée, alors que les paresthésies sont calmées par les repas et aggravées par le stress. Certains définissent trois formes cliniques [3] :

- **type I :** stomatodynie présente tous les jours, absente le matin, apparaissant dans la journée, augmentant d'intensité jusqu'au soir, disparaissant la nuit (35 % des cas) ;
- **type II :** stomatodynie tous les jours et toute la journée (55 % des cas) ;

■ Le dossier – Peau et psy

– **type III**: stomatodynie certains jours seulement et de localisation inhabituelle (10 % des cas).

Les causes psychogènes sont fréquentes mais le type I peut aussi correspondre à des déficits vitaminiques, le type II peut avoir une cause locale et le type III doit faire penser à des troubles neurologiques ou à une allergie [4].

Les stomatodynies sont plus fréquentes chez la femme (85 % des cas), surtout après la ménopause. 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 [5].

Interrogatifs devant ces symptômes, de nombreux patients rapportent un facteur déclenchant, qui est souvent représenté par des soins dentaires ou un événement de vie traumatisant. De même, de soi-disant signes physiques sont souvent rapportés mais ils correspondent en fait à l'anatomie habituelle de la bouche (en particulier les papilles linguales ou une langue un peu saburraale), qui n'avait jamais été observée par les malades jusqu'à l'apparition des signes fonctionnels. L'examen est parfaitement normal, si ce n'est pas le cas, il faut envisager un autre diagnostic.

■ Diagnostic différentiel

La neuropathie des grosses fibres est un diagnostic différentiel classique (topographie évocatrice avec, en particulier, les névralgies dentaires et les névralgies du trijumeau).

L'intolérance aux prothèses dentaires est un diagnostic fréquent et assez facilement reconnaissable : elle disparaît lorsqu'on enlève la prothèse. Les pro-

thèses sont usées ou mal adaptées. Les brûlures prédominent sur le palais. Elles surviennent peu de temps après la pose d'une nouvelle prothèse ou, au contraire, lorsque des prothèses sont trop anciennes.

Au contraire, l'allergie aux prothèses est rare et un érythème est normalement présent. La suppression de la prothèse conduit à une guérison en moins de 1 semaine. Des allergies à d'autres composants (couronnes, bridges, toluidine, peroxyde de benzoyle, résines époxy, acrylates, palladium, nickel), à des topiques buccaux ou à des aliments sont possibles. Des tests épicutanés sont indispensables mais n'affirment pas le diagnostic. Seul des tests de réintroduction et de suppression peuvent le confirmer. Il faut garder à l'esprit qu'une allergie est habituellement accompagnée d'un œdème ou d'un érythème et que les stomatodynies ne devraient donc que rarement entrer dans ce cadre.

Au cours des pathologies carenciales, la présence de douleurs sans signe associé est rare et rend le diagnostic discutable. Les déficits en vitamine B12 ou en acide folique (éventuellement en vitamines B1, B2 et B6) sont en général accompagnés d'une langue lisse et dépapillée, parfois d'ulcération et de dysgueusie.

Les troubles de l'occlusion dentaire primitifs ou secondaires (obturation débordante, couronne ou amalgame en suroclusion, bridge non équilibré) peuvent conduire à des mouvements d'écrasement ou de frottement des dents ou de la langue contre les dents. L'induction d'une douleur par la palpation appuyée des articulations ou la présence de signes d'usure dentaire ou d'indentations sur les bords latéraux de la langue sont des signes évocateurs.

Le bruxisme (mouvements inconscients de l'appareil manducateur, surtout pendant le sommeil) et les tics linguaux peuvent aussi être responsables de stomatodynies. Une papillite foliée, c'est-

à-dire une inflammation localisée à la pointe de la langue, est un signe évocateur, ainsi que l'usure caractéristique des dents. Les témoignages de l'entourage sont importants. La xérostomie serait responsable de 38 % des stomatodynies [6]. Mais peut-on considérer qu'il s'agit de stomatodynie puisqu'il existe alors un signe clinique objectif associé : la xérostomie ? Quoi qu'il en soit, celle-ci doit être recherchée et, si elle est présente, une cause de sécheresse buccale doit être suspectée.

De nombreux patients se plaignent de douleurs linguales alors qu'ils ont une langue fissurée, géographique, scrotale ou une glossite losangique médiane. Mais il est probable que la stomatodynie ne soit que le révélateur d'aspects inhabituels qui n'attiraient pas l'attention jusque-là.

■ Mécanismes

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 puisque 1/3 des patients avaient une douleur neuropathique et un autre tiers des troubles psychiques, les deux populations pouvant d'ailleurs se superposer [7].

Nous avons réalisé une revue systématique sur 113 études, utilisant des méthodologies très diverses (interventions thérapeutiques ; études neurophysiologiques, biochimiques, histologiques ; imagerie cérébrale ; questionnaires) [8]. Les résultats vont dans un sens neuropathique ou psychogène ou ne permettent pas de conclure mais ne s'appliquent

jamais à tous les cas. Une récente étude de qualité sur le métabolome salivaire ne permet pas non plus de conclusion définitive [9]. Des critères de neuropathies des petites fibres [10] sont assez souvent retrouvés, surtout chez les femmes ménopausées.

Il est toujours difficile d'affirmer l'origine psychogène d'une stomatodynie car celle-ci peut avoir un retentissement psychique important ou bien parce que des troubles psychiques peuvent coexister avec un symptôme fonctionnel sans pour autant être liés. Il est donc important de rechercher des arguments évocateurs de cette étiologie :

- l'alimentation calme les symptômes buccaux ;
- ces symptômes sont "oubliés" lorsque le patient est occupé ;
- l'intensité des douleurs est souvent importante ;
- il existe des symptômes psychiques permettant de faire un diagnostic précis : dépression, anxiété, cancérophobie, etc.
- le stress rythme la maladie ;
- une psychothérapie et/ou un traitement psychotrope permettent d'obtenir la guérison.

La stomatodynie peut être le symptôme principal d'une dépression masquée, c'est-à-dire dont les manifestations sont beaucoup plus organiques (douleurs, troubles du sommeil, fatigue) que psychiques. Cette dépression peut être réactionnelle mais le facteur déclenchant est souvent "non exprimé" : "Les non-dits brûlent la bouche". L'enfouissement (le refoulement) de cette souffrance psychique est alors à l'origine de mécanismes de défense bien organisés, conduisant parfois les patients à protester dans un premier temps, lorsqu'on évoque une telle hypothèse. Dans quelques cas, la stomatodynie est associée à une cancérophobie, à une sidophobie ou à une culpabilité après des rapports orogénitaux non protégés.

Le concept de douleur nociplastique s'applique en général bien à la stoma-

to-dynie [11] : il s'agit d'une douleur qui résulte d'une altération de la nociception en l'absence de preuve évidente d'une lésion tissulaire réelle ou menaçante entraînant l'activation des nocicepteurs périphériques, ou en l'absence de preuve d'une maladie ou d'une lésion du système somatosensoriel à l'origine de la douleur. Ce concept est proche de celui de sensibilisation centrale, associant des mécanismes psychologiques et un remaniement du fonctionnement du système nerveux central et périphérique [12, 13].

■ Thérapeutique

Une revue Cochrane a inclus 23 études comparant une intervention à un placebo [14]. 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 les gabapentinoïdes (gabapentine et prégabaline) semblent néanmoins utiles. Quant aux antidépresseurs, aux anticholinergiques et aux benzodiazépines systémiques, les résultats sont qualifiés d'insuffisants ou contradictoires. Il faut quand même noter que quatre études sont en faveur d'un effet favorable à long terme des psychothérapies.

Dans notre pratique, nous utilisons volontiers gabapentine et prégabaline quand une composante neuropathique est au premier plan et les anti-dépresseurs [15-18] (tricycliques mais surtout inhibiteurs de recapture de la sérotonine) quand une composante psychique est au premier plan. Nous utilisons de plus en plus la duloxétine, inhibiteur de recapture de la sérotonine et de la noradrénaline, 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 et ses premiers effets ne sont souvent observés qu'après 1 mois de traitement.

Une psychothérapie associée est souvent très utile, à condition que les patients évoquent volontier une souffrance psychique et/ou des événements stressants en tant que facteurs de déclenchement. L'annonce du diagnostic est indispensable et permet de mettre (enfin) un nom sur la symptomatologie, ce qui est habituellement très aidant pour les patients, même si expliquer que la cause peut être psychique n'est pas facile, et que cette explication est souvent rejetée initialement. Faire le tour des causes possibles, en recherchant avec le patient des arguments pour ou contre, conduit assez naturellement celui-ci à accepter ce diagnostic étiologique, qui est le plus probable, à défaut d'être certain.

■ Conclusion

La problématique des stomatodynies se rapproche beaucoup de celles des vulvodynies et d'autres symptômes fonctionnels, comme les troubles de l'articulation temporo-mandibulaire ou les douleurs faciales atypiques [19, 20]. Après avoir éliminé et traité toute cause organique, tout en cherchant des arguments pour une cause psychogène ou neurogène, celle-ci est alors retenue. Il ne faut pas proclamer ce diagnostic sans prudence et sans accompagnement, mais bien au contraire proposer des solutions.

BIBLIOGRAPHIE

1. VAILLANT L, GAILLIARD P. Stomatodynies. In: *Dermatologie buccale* (Vaillant L, Goga D, eds). Paris : Doin, 1997.
2. VAILLANT L, GAILLIARD P, HUTTENBERGER B. Stomatodynies. *Réalités Thérapeutiques en dermato-vénérologies*, 2000:6-16.

Le dossier – Peau et psy

3. KILLOUGH S, REES T, LAMEY PJ. Dermographic study of subtypes of burning mouth syndrome in UK and USA populations. *J Dent Res*, 1995;74:892.
4. LAMEY PJ, LAMB AB. Prospective study of etiological factors in burning mouth syndrome. *Br Med J*, 1988;296:1243-1246.
5. 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.
6. HUTTENBERGER B, VAILLANT L, MORÈRE JP. Xérostomies révélées par des stomatodynies. *Chir Maxillo-Fac*, 1994;195:120-121.
7. 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.
8. ORLIAGUET M, MISERY L. Neuropathic and psychogenic components of burning mouth syndrome: A systematic review. *Biomolecules*, 2021;11:1237.
9. MOREAU C, EL HABNOUNI C, LECRON JC *et al*. Salivary metabolome indicates a shift in tyrosine metabolism in patients with burning mouth syndrome: a prospective case-control study. *Pain*, 2023;164:e144-e156.
10. WODA A, TUBERT-JEANNIN S, BOUHASSIRA D *et al*. Towards a new taxonomy of idiopathic orofacial pain. *Pain*, 2005;116:396-406.
11. KOSEK E. The concept of nociplastic pain-where to from here? *Pain*, 2024;165:S50-S57.
12. COHEN SP, VASE L, HOOTEN WM. Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *Lancet*, 2021;397:2082-2097.
13. FITZCHARLES MA, COHEN SP, CLAUW DJ *et al*. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet*, 2021;397:2098-2110.
14. MCMILLAN R, FORSELL H, BUCHANAN JA *et al*. Interventions for treating burning mouth syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2016;11:CD002779.
15. HUANG W, ROTHE MJ, GRANT-KELS JM. The burning mouth syndrome. *J Am Acad Dermatol*, 1996;34:91-98.
16. PINTO A, SOLLECITO TP, DEROSI SS. Burning mouth syndrome. A retrospective analysis of clinical characteristics and treatment outcomes. *NY State Dent J*, 2003;69:18-24.
17. LE TOUX G, FERREIRA F, GUILLET G *et al*. La stomatodynie en consultation de dermatologie buccale. *Ann Dermatol Venereol*, 2006;133:4S78.
18. 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.
19. WODA A, PIONCHON P. A unified concept of idiopathic orofacial pain: clinical features. *J Orofac Pain*, 1999;13:172-184.
20. HAMON B, ORLIAGUET M, MISERY L *et al*. Burning mouth syndrome and pelvodynia: A literature review. *Medicine (Baltimore)*, 2023;102:32648.

L'auteur a déclaré les liens d'intérêts suivants : Lilly, Pfizer, Viatrix.