

Dermatologie buccale

Sophie-Myriam DRIDI - Anne-Laure EJEIL

Jean-Christophe FRICAÏN

Professeur des universités - Praticien hospitalier.

Glossodynies – Stomatodynies Burning mouth disease

Rubrique :

Langue

Synonymes :

- Rhumatisme lingual
(Vigier 1620)
- Glossalgie
(Brechet 1817)
- Névralgie linguale
(Valeix 1841)
- Glossodynie
(Kaposi 1885)
- Paresthésies buccales
psychogènes (Kuffer 1987)
- Burning Mouth Syndrome
(Grushka 1987)
- Paresthésie buccales
médicalement inexplicables
(Samson 1999)
- Burning Mouth Disease
(Woda 2009)

La Stomatodynie est caractérisée par des paresthésies buccales.

Celles-ci peuvent être :

- primaires : stomatodynies maladies (SM) ou,
- secondaires à une lésion organique : stomatodynies symptômes (SS).

POPULATIONS CONCERNÉES

Les SM sont plus fréquemment rencontrées chez les femmes (sex ratio 0,27). La moyenne d'âge de survenue est aux alentours de 60 ans. Les SM sont très rares avant 40 ans. La prévalence de la maladie augmente avec l'âge (Fricain et coll., 2008 ; Bergdahl et coll., 1995). L'anxiété et la dépression sont deux à trois fois plus fréquentes chez les patients souffrant de SM que dans les groupes contrôles (Sardella et coll., 2006).

PATHOGÉNIE

Les SM seraient des douleurs de type neuropathique liées à des lésions irréversibles et à une activité ectopique des fibres C des nerfs linguaux. Un déficit en stéroïdes gonadiques (ménopause) associé à une dysrégulation de la production de glucocorticoïdes (stress chronique) et un dérèglement du métabolisme des stéroïdes neuroactifs linguaux pourraient expliquer les glossodynies. L'atteinte neuropathique des fibres périphériques de petit calibre serait à l'origine de la triade symptomatique : glossodynie, modification de la composition salivaire, dysgueusie (Woda et coll., 2009).

Les SS sont des douleurs par excès de nociception principalement associées aux lésions élémentaires suivantes : érythème, érosion, ulcérations. Ces lésions sont secondaires à une pathologie dysimmunitaire, infectieuse, tumorale ou traumatique.

FORMES CLINIQUES

Le diagnostic positif des SM repose sur l'évolution diurne et, au cours de l'alimentation, de la douleur en l'absence de substratum anatomique témoin d'une pathologie organique sous-jacente. La principale

FORMES CLINIQUES DES GLOSSODYNIES MALADIES (GM)

Glossodynie Femme ménopausée Contexte anxio dépressif Brûlure chronique Douleur non insomniente Dysgueusie Xérostomie sans rapport avec la douleur	Evolution diurne de la douleur	Intensité de la douleur pendant les repas
Type 1 (55 % cas)	Augmentation progressive avec intensité maximale le soir	
Type 2 (35 % cas)	Brûlures continues	Augmentation
Type 3 (10 % cas)	Variable, intermittente	Variable

localisation des stomatodynies est la langue où l'on retrouve des glossodynies symptôme (GS) (tableau 1).

La localisation la plus typique des douleurs est la pointe de la langue et les bords. Les qualificatifs les plus souvent employés par les patients pour définir leur douleur sont : brûlure, gêne déprimante, énervante, picotement (Fricain et coll. 2008). Les SS dépendent de la pathologie organique sous jacente (lichen plan, candidose, xérostomie, langue géographique, carences vitaminiques, diabète...). Le diagnostic positif repose sur la visualisation de la lésion élémentaire et l'identification de la pathologie associée.

EXAMENS COMPLÉMENTAIRES

Aucun examen complémentaire n'est nécessaire dans les cas typiques de stomatodynie de type 1 et 2. Dans les stomatodynie de type 3, un bilan de carence associé à une glycémie à jeun sont nécessaires dans le cadre d'un dépistage systématique.

Pour les SS, un examen histologique est souvent nécessaire pour préciser ou confirmer le diagnostic clinique : lichen plan, dermatose bulleuse, pathologie tumorale bénigne ou maligne. Plus rarement, un bilan de carence (ferritine, fer, folates, vitamine B12) pourra être demandé face à une lésion érythémateuse linguale d'origine indéterminée..

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Il devra différencier les SM des SS. L'absence d'exacerbation des douleurs au cours du repas et de *substratum* anatomique sont des arguments forts en faveur d'une SM.

TRAITEMENTS

Le traitement des SS repose sur le traitement de l'étiologie et la prescription d'antalgiques adaptés en fonction du niveau de douleur. Le traitement des SM est discuté car les études reposent sur de faibles séries de patients. Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont permis une amélioration significative des douleurs dans environ 20 % des cas (Forsell et coll., 2004). Il semblerait que la douleur soit améliorée dans 50 à 60 % des cas par l'utilisation de comprimés topique de clonazepam (Gremeau Richard et coll., 2004), dans 40 % des cas après recours à une thérapie cognitivo comportementale (Bergdahl et coll., 1995), dans 60 % des cas après utilisation de capsaïcine topique (Epstein et Marcoe, 1994). L'acide alpha lipoïque avait donné des résultats prometteurs (Femiano et coll., 2002) mais trois études récentes viennent de démontrer l'inefficacité de cette molécule (Carbonne et coll., 2009 ; Lopez-Jornet et coll., 2009 ; Calvacanti et Da Silveira, 2009). Notre prise en charge de la SM repose sur la réalisation d'une consultation standardisée :

- interrogatoire dirigé, centré sur la localisation, l'intensité et surtout l'évolution de la douleur dans la journée et au cours des repas,
- examen de la cavité buccale en expliquant et montrant au patient les différents éléments anatomiques de la muqueuse,
- information du patient sur l'absence de substratum anatomique, le caractère « neuropathique like », l'influence probable du stress chronique et de la ménopause, l'absence de gravité organique et la nécessité d'acceptation,
- mise en garde contre l'apparition d'un comportement inadapté face à cette gêne qui ne perturbe aucune fonction orale (parole, alimentation),
- proposition d'un traitement pour diminuer la douleur : capsaïcine topique, clonazepam per os (8 à 12 gouttes par jour en moyenne), clonazepam topique. Quand la douleur est localisée un traitement local est prescrit en première intention. Lorsque la douleur est plus diffuse un traitement per os est ordonné,
- réévaluation du traitement tous les mois pendant 3 mois puis tous les 6 mois. L'objectif du traitement n'est pas de supprimer totalement la douleur mais de la diminuer pour la rendre supportable. L'évaluation du bénéfice est réalisée sur une EVA (échelle visuelle analogique). Le plus souvent on observe le passage d'une douleur cotée 7 à 8 à une douleur cotée aux alentours de 3.

BIBLIOGRAPHIE

- BERGDAHL J, ANNEROTH G, PERRIS H,
Cognitive therapy in the treatment of patients
with resistant burning mouth syndrome: a controlled study.
J Oral Pathol Med, 1995; **24**: 448-50.
- CARBONE M, PENTENERO M, CARROZZO M,
IPPOLITO M, GANDOLFO S
Lack of efficacy of alpha-lipoic acid in burning mouth
syndrome : a double blind, randomized, placebo-controlled
study. *Eur J Pain*, 2009; **13**: 492-6.
- CAVALCANTI DR, DA SILVEIRA FR.
Alpha lipoic acid in burning mouth syndrome :
a randomized double blind placebo controlled trial.
J Oral Pathol Med, 2009; **38**: 254-61.
- DROCCO C, DEGIVE C, ARCHINARD M, SAMSON J.
Paresthésies buccales médicalement inexpliquées.
Réalités cliniques, 1999; **10**: 447-54.
- EPSTEIN JB, MARCOE JH.
Topical application of capsaicin for the treatment
of oral neuropathic pain and trigeminal neuralgia.
Oral Surg Oral Med Oral Pathol, 1994; **77**: 135-40
- FEMIANO F, GOMBOS F, SCULLY C.
Burning Mouth Syndrome (BMS): double blind controlled
study of alpha-lipoic acid (thiocic acid) therapy.
J Oral Pathol Med, 2002; **31**: 267-9.
- FORSELL H, TASMUTH T, TENOVUO O, HAMPF G,
KALSO E.
Venlafaxine in the treatment of atypical facial pain :
a randomized controlled trial.
J Orofac Pain, 2004; **18**: 131-7.
- FRICAIN JC, WAEMERE J., CATROS S., SIBAUD V.
Etude rétrospective de l'évolution de la douleur
après la réalisation d'une consultation d'information
à 43 patients souffrant de glossodynie maladie.
MBCB, 2008; **14**: 111- 2.
- GREMEAU-RICHARD C, WODA A, NAVEZ ML.
Topical clonazepam in stomatodynia: a randomized
placebo controlled study. *Pain*, 2004; **10**: 8:51-7.
- LOPEZ-JORNET P, CAMACHO-ALONSO F,
LEON-ESPINOSA S.
Efficacy of alpha lipoic acid in burning mouth syndrome :
a randomized placebo-treatment study.
J Oral Rehabilitation, 2009; **36**: 52-7.
- MALTSMAN-TSEIKHIN A, MORICCA P, NIV D.
Burning Mouth Syndrome : will better understanding yield
better management ? *Pain practice*, 2007; **7**: 151-62.
- SARDELLA A, GIOVANNI L, DEMAROSI F, UGLIETTI
D, CARRASSI A.
Causative or precipating aspects of burning mouth
syndrome: a case control study.
J Oral Pathol Med, 2006; **35**: 466-71.
- WODA A, DAO T, GREMEAU-RICHARD C.
Steroid Dysregulation and Stomatodynia (burning mouth
syndrome). *Journal of Orofacial Pain* , 2009; **3**: 202-9.