

La «Consultation de la douleur»

du Centre de médecine dentaire, de stomatologie et de chirurgie orale de l'Université de Zurich

Dominik Ettl, Ursula Galli, Sandro Palla

Clinique des troubles de l'appareil manducateur, de prothèse amovible, de gérodontologie et de médecine dentaire pour les personnes handicapées, Centre de médecine dentaire, de stomatologie et de chirurgie orale de l'Université de Zurich

Mots clés: douleur, douleur chronique, consultation, diagnostic, traitement interdisciplinaire

Adresse pour la correspondance:

Prof. Dr. S. Palla
Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
Plattenstr. 11, CH-8032 Zurich

Traduction française de Jacques Rossier et Thomas Vauthier

Au printemps 2007, la «Consultation interdisciplinaire de la douleur» du Centre de médecine dentaire, de stomatologie et de chirurgie orale de l'Université de Zurich (ZZMK) fête ses deux ans d'existence. L'augmentation constante du nombre de patients souffrant de douleurs chroniques qui sont adressés aux différentes cliniques du ZZMK a nécessité de coordonner les démarches diagnostiques et la prise en charge thérapeutique des patients de ce groupe particulier. Le présent article décrit l'organisation et les possibilités de cette consultation spécialisée, et présente les tableaux cliniques les plus fréquents auxquels elle est confrontée. L'évaluation en un seul et même lieu, réalisée par des spécialistes compétents des différentes disciplines concernées, diminue d'une part les contraintes supportées par les patients, tout en offrant des avantages en terme d'économicité; d'autre part, elle favorise les compétences thérapeutiques sur le plan de la formation et du perfectionnement.

(Bibliographie voir texte allemand, page 393)

Pourquoi une Consultation interdisciplinaire de la douleur au ZZMK?

Les douleurs ressenties au niveau de la bouche, de la face et des maxillaires affligent bon nombre de patients et entravent leur qualité de vie. La plupart des douleurs aiguës peuvent être traitées de manière simple, pour autant qu'un diagnostic correct soit posé précocement. Par contre, les patients présentant des douleurs chroniques de la sphère oro-maxillo-faciale ont des besoins spécifiques, qui ne peuvent être pris en compte de manière optimale que dans le cadre d'une consultation interdisciplinaire incluant des médecins dentistes, des médecins de différentes

spécialités ainsi que des psychologues et des physiothérapeutes (PALLA 2002).

L'augmentation du nombre de patients souffrant de douleurs chroniques qui sont adressés aux différentes cliniques du ZZMK a nécessité la coordination de leur prise en charge, tant sur le plan des investigations que du traitement. Comme la Clinique d'occlusodontie, de prothèse amovible, de gérodontologie et de médecine dentaire pour les personnes handicapées bénéficie depuis longtemps d'une compétence reconnue sur le plan international pour le traitement interdisciplinaire des tableaux cliniques complexes en matière de douleurs de la sphère oro-maxillo-faciale, la direction du ZZMK a décidé d'intégrer la Consultation

interdisciplinaire de la douleur dans le cadre de cette clinique. Sur le plan de la qualité de la formation, l'interdisciplinarité favorise une manière de penser plus flexible et une évaluation globale du patient. De manière générale, ce mode de fonctionnement tend à se généraliser de plus en plus dans les Centres universitaires de la douleur, où il devient plutôt la règle que l'exception. De multiples études ont documenté l'efficacité de ce mode de traitement sur le plan de l'économie de la santé (FLOR et coll. 1992).

Consultation interdisciplinaire de la douleur: étapes typiques d'une investigation

En règle générale et pour des raisons de capacité du Service, les patients sont investigués à la Consultation interdisciplinaire de la douleur exclusivement lorsqu'ils sont adressés par un médecin dentiste ou un médecin. Au préalable, un bref questionnaire destiné aux patients permet de recueillir des informations relatives à la nature et aux caractéristiques des plaintes, afin de permettre ensuite à l'équipe de se concentrer au mieux sur l'essentiel lors de la consultation dans notre clinique (fig. 1 et 2).

Dès que ces premières informations parviennent au secrétariat, un rendez-vous est fixé pour procéder à l'examen. Il est alors possible que des questionnaires supplémentaires soient envoyés au patient avec la fiche de rendez-vous, de sorte à préciser la nature des plaintes. Selon la complexité du cas, le premier examen clinique nécessite un temps variant entre 60 et 90 minutes, voire davantage. Il comprend un entretien approfondi avec l'équipe thérapeutique et un examen clinique détaillé. Puis une première évaluation écrite comprenant le diagnostic de suspicion et les propositions thérapeutiques est envoyée au médecin ou aux cliniciens qui ont adressé le patient. Si nécessaire, d'autres rendez-vous sont fixés pour les investigations par imagerie, les examens sanguins et les consultations spécialisées avec des spécialistes d'autres disciplines. Lorsque plusieurs rendez-vous sont nécessaires, la situation fait l'objet de réévaluations constantes, et à la fin du traitement, un rapport final est établi.

Les douleurs orofaciales en tant que défi diagnostique

L'anamnèse a une importance énorme dans l'approche diagnostique de la douleur. L'entretien anamnestique peut être relative-

ment bref lorsqu'il s'agit d'une infection dentaire ou de troubles aigus de l'articulation temporo-mandibulaire, du fait que les signes et symptômes dominent le tableau clinique et l'imagerie confirme rapidement, dans la plupart des cas, le diagnostic de suspicion. Par contre, lorsque ces investigations ne permettent pas de mettre en évidence un substrat somatique correspondant aux plaintes subjectives, il y a lieu d'élaborer patiemment, en collaboration avec le patient, les critères d'inclusion ou d'exclusion des diagnostics qui entrent en ligne de compte. Bien souvent, les patients évoquent de multiples symptômes cliniques, qui constituent autant de critères diagnostiques pour différentes affections. Le simple fait qu'il existe au moins quatre systèmes de classification des douleurs orofaciales indique que ces plaintes sont souvent difficiles à classer cliniquement de manière tout à fait indubitable:

- International Association for the Study of Pain (1994)
- International Headache Society (2004)
- American Academy of Orofacial Pain (OKESON 1997)
- Diagnostic Research Criteria for Temporomandibular Disorders (RDC/TMD) (DWORKIN & LERESCHE 1992).

D'autres systèmes de classification ont été proposés, mais n'ont pas (encore) été largement acceptés (WODA et coll. 2005). Pour la pratique clinique quotidienne, la classification des douleurs en fonction de leur répartition chronologique a fait ses preuves (cf. tab. I).

Nous présentons ci-dessous brièvement quelques tableaux cliniques caractérisés par des douleurs orofaciales, qu'il est important de différencier des pathologies dentaires en raison des conséquences thérapeutiques.

Névralgies crâniennes

Les névralgies crâniennes, dont la plus connue est la névralgie du trijumeau (NT), sont relativement faciles à diagnostiquer en raison des caractéristiques suivantes: douleurs brèves à caractère lancinant, déclenchement typique des douleurs dans certaines zones gâchettes (effleurement, parler, brossage des dents), la localisation stricte à une ou plusieurs des branches du trijumeau (N. mandibulaire [V₃] > N. maxillaire inférieur [V₂] > N. ophtalmique [V₁]) et l'absence de signes neurologiques. Une personne qui ne connaît pas le tableau clinique des névralgies du trijumeau pensera en premier lieu à une pathologie dentaire, mais ne trouvera pas d'atteinte clinique ou radiologique à ce niveau. Pour

Tab. I Diagnostic différentiel des douleurs oro-maxillo-faciales sur le plan clinique et chronologique (d'après leurs manifestations dans le temps)

Aiguës	Episodiques		Persistantes	Surtout en relation avec une fonction
	Crises < 1 minute	Minutes à heures		
- Traumatismes	- Névralgies crâniennes (p. ex. névralgie du trijumeau)	- Céphalées (migraines, céphalées de tension, céphalalgies autonomes du trijumeau)	- Douleurs dentaires (p. ex. pulpites, ostéite, périoronite)	- MAP*
- Infection	- Fracture dentaire verticale	- Crise douloureuse lors de douleurs persistantes	- MAP*	- Artérite temporale
- Réactivation d'un herpès (Herpes zoster)			- Douleurs dentaires et faciales persistantes idiopathiques (anciennement: «odontalgies atypiques», «douleurs faciales atypiques»)	- Tumeur (articulaire, extra-articulaire)
			- Douleurs de désafférentation	
			- Névralgie posttherpétique	
			- Brûlures linguales ou buccales	
			- Céphalées de tension	
			- Tumeurs (d'origine diverse)	

* MAP: myoarthropathies de l'appareil manducateur. Regroupe les troubles de la musculature masticatoire («Myo» = muscle) et/ou de l'articulation temporo-mandibulaire («Arthros» = articulation).

Tableau synoptique des plaintes

Nom _____ Date _____

		oui	non
Douleurs du visage	1. Consultez-vous à cause de douleurs? Si ce n'est pas le cas, veuillez continuer au No 14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2. Avez-vous mal aux dents?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3. Avez-vous des douleurs du visage?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4. Avez-vous parfois des douleurs derrière, devant ou dans l'oreille?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5. Avez-vous mal en mâchant, en baillant ou en parlant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres douleurs	6. ...de maux de tête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	si oui :		
	7. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été gênés dans vos activités pendant 1 jour ou plus par les maux de tête?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	8. Lorsque vous avez mal à la tête, avez-vous des nausées ou des maux d'estomac?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9. Pendant les maux de tête, êtes-vous gênés par la lumière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	10. Ces trois derniers mois, avez-vous eu des maux de tête pendant plus de 15 jours par mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Souffrez-vous ...		
	11. ...de tensions dans la nuque et/ou les épaules?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12. ...troubles (diminutions) de sensibilité ou de fourmillements dans le bras et/ou la main?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	13. ...de douleurs dans d'autres parties du corps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mâchoires et mastication	14. Avez-vous déjà eu un blocage de la mâchoire inférieure, ou des difficultés à ouvrir complètement la bouche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	15. Cette difficulté à ouvrir la bouche était-elle si forte que vous aviez des difficultés à manger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16. Avez-vous ressenti des craquements des articulations des mâchoires lorsque vous ouvrez ou fermez la bouche, ou lorsque vous mâchez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17. Est-ce que vous percevez un bruit de frottement dans l'articulation de la mâchoire lorsque vous ouvrez ou fermez la bouche, ou lorsque vous mâchez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	18. Pendant la journée, est-ce que vous serrez fort les dents ou les faites grincer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19. Le matin au réveil, avez-vous des douleurs ou une sensation de raideur dans la région de la mâchoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Le contact (occlusion) des dents du maxillaire supérieur et inférieur est-il inhabituel ou inconfortable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sommeil	21. Avez-vous de la peine à vous endormir? à cause de douleurs <input type="checkbox"/> pour d'autres raisons <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	22. Est-ce que vous vous réveillez souvent? à cause de douleurs <input type="checkbox"/> pour d'autres raisons <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	23. Est-ce que l'on vous a dit ou avez-vous remarqué que vous serrez fort les dents ou les faites grincer pendant le sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	24. Est-ce que vous ronflez?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fig. 1

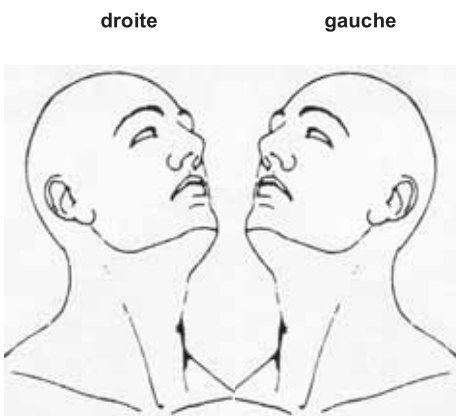
Les douleurs peuvent survenir à un seul endroit ou dans plusieurs régions différentes

(p.ex. différentes douleurs au niveau du visage ou de la tête, du dos ou du genou).

Veillez donc dessiner dans les schémas suivants les différentes douleurs que vous ressentez, de manière suivante:

- **en rouge: vos douleurs principales dans la région de la bouche, de la mâchoire et du visage**
- **en bleu: les éventuels maux de tête, au cas où ils se différencient nettement des douleurs de la région de la bouche, de la mâchoire et du visage**
- **également en bleu: les éventuelles douleurs dans d'autres régions du corps**

Lorsque les douleurs irradient dans d'autres régions, veuillez utiliser des flèches pour les dessiner.

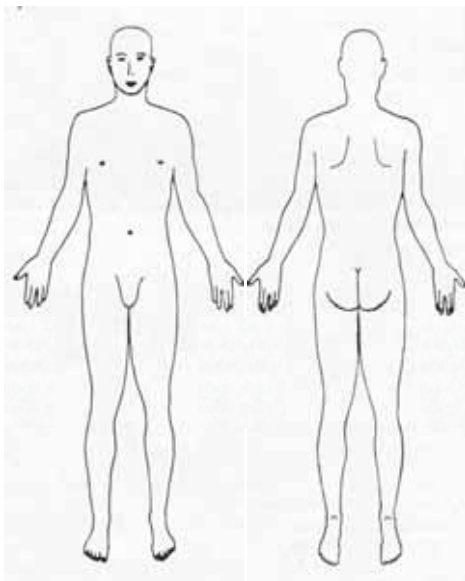


Depuis quand ressentez-vous les *douleurs principales*?

- moins d'un mois
- 1 à 6 mois
- 6 mois à un an
- 1 à 2 ans
- 2 à 5 ans
- plus de 5 ans

Pouvez-vous indiquer exactement le début des douleurs? jour mois année

Pendant environ combien de jours avez-vous souffert des *douleurs principales* au cours des **6 derniers mois**? jours



Caractère des *douleurs principales*?

(il est possible de cocher plusieurs cases)

- | | |
|---|--|
| saccadées <input type="checkbox"/> | torturantes <input type="checkbox"/> |
| lancinantes <input type="checkbox"/> | agaçantes <input type="checkbox"/> |
| électriques <input type="checkbox"/> | épuisantes <input type="checkbox"/> |
| d'apparition brutale <input type="checkbox"/> | insupportable <input type="checkbox"/> |
| brûlantes <input type="checkbox"/> | atroces <input type="checkbox"/> |
| en coup de couteau <input type="checkbox"/> | angoissantes <input type="checkbox"/> |
| comme une crampe <input type="checkbox"/> | dangereuses <input type="checkbox"/> |
| sensation de pression <input type="checkbox"/> | inquiétantes <input type="checkbox"/> |
| sourde <input type="checkbox"/> | déprimantes <input type="checkbox"/> |
| perte ou diminution de sensibilité <input type="checkbox"/> | paralysantes <input type="checkbox"/> |
| froides <input type="checkbox"/> | meurtrières <input type="checkbox"/> |
| piqûres d'aiguilles <input type="checkbox"/> | |
| démangeaisons <input type="checkbox"/> | |
| fourmillements <input type="checkbox"/> | |
| accompagnées de hypersensibilité cutanée <input type="checkbox"/> | |
| autres, c'est-à-dire: | |

Quelles sont les douleurs qui motivent votre consultation? Veuillez décrire brièvement vos douleurs en utilisant vos propres mots.

Fig. 2

différencier cette affection d'une fracture dentaire verticale, il est important de savoir que celle-ci est accompagnée d'une douleur à la palpation, plus précisément à la détente, qui peut être provoquée lors de l'examen clinique. On distingue une forme classique (idiopathique) et une forme symptomatique de la névralgie du trijumeau. En cas de NT classique, on admet aujourd'hui que dans la plupart des cas, le nerf trijumeau est comprimé de manière pathologique par un vaisseau sanguin (généralement par une artère) au niveau de la zone d'émergence de la racine du trijumeau, à proximité du tronc cérébral. Par contre, la forme symptomatique résulte d'une pathologie cérébrale (par exemple tumeur, sclérose en plaques, malformation vasculaire, etc.). En présence d'une pathologie de ce type, l'IRM du crâne est impérativement indiquée en tous les cas pour exclure ces différentes possibilités.

Les différentes formes de céphalées primaires

Le diagnostic différentiel des céphalées primaires (migraine, céphalées de tension, hémicrânie chronique paroxystique, céphalalgies autonomes du trijumeau) peut représenter un véritable défi clinique lorsque les symptômes douloureux se manifestent partiellement ou exclusivement au niveau des dents ou des maxillaires. La survenue épisodique des douleurs est caractéristique de la plupart de ces affections, c'est-à-dire qu'entre les épisodes douloureux, il y a toujours des intervalles absolument asymptomatiques (bien qu'il existe aussi des céphalées primaires chroniques). Les douleurs apparaissent en quelques minutes à une petite heure, sans schéma temporel et sans facteurs déclenchant identifiables; elles perdurent pendant plusieurs heures, voire quelques jours, puis disparaissent spontanément. En raison de l'interférence avec le sommeil, ces épisodes entraînent fréquemment un épuisement physique et psychique du patient. Pour le diagnostic des céphalalgies autonomes du trijumeau, les symptômes autonomes d'accompagnement – tels que les larmes, la rhinorrhée ou une rougeur de l'œil – sont particulièrement importants, et il est important de demander explicitement au patient s'il a remarqué de tels phénomènes (AL-DIN et coll. 2005). La prise d'analgésiques conventionnels ne permet guère de calmer complètement la douleur.

Algie faciale ou odontalgie idiopathique persistante

(appelées autrefois *algie faciale* ou *odontalgie «atypiques»*)

Ces douleurs dentaires ou faciales sont quotidiennes, mais d'intensité généralement fluctuante. A relever qu'elle ne s'accompagne guère de troubles du sommeil provoqués par les douleurs. Les patients décrivent cependant une douleur persistante, ou continue, profonde et donc difficilement localisable, initialement unilatérale, qui peut par la suite devenir bilatérale et inversement. Les douleurs sont souvent brûlantes ou à caractère de tiraillement, mais peuvent aussi être sourdes ou térébrantes. D'autres qualificatifs à connotation affective sont également utilisés: douleurs torturantes, épuisantes, insupportables.

Contrairement à la névralgie du trijumeau et aux céphalées primaires, la douleur n'a pas un caractère épisodique – il y a des intervalles où elle disparaît complètement – et l'intensité de la douleur est légère à modérée. Cependant, des épisodes douloureux plus intenses, limités dans le temps, peuvent venir se surajouter à cette douleur de fond. Ces épisodes peuvent souvent s'accompagner de sensations subjectives de gonflement ou d'hypo- ou de paresthés-

sies, qui ne peuvent pourtant pas être objectivés – et dans le cas contraire, il faudrait alors penser à d'autres pathologies.

Pour le médecin dentiste, il est important de savoir que ce type de douleurs peut souvent survenir après un traitement dentaire tel que la préparation d'un moignon de couronne, un traitement endodontique ou une extraction dentaire. Une étude prospective a mis en évidence dans 12% des cas une persistance de douleurs alvéolo-dentaires après traitement endodontique réussi (POLYCARPOU et coll. 2005), alors qu'une revue de la littérature comprenant les études non prospectives indiquait une prévalence de 3–6% (MELIS et coll. 2003). Les femmes présentent ce type de douleurs plus fréquemment que les hommes. D'autres facteurs de risque de développement de douleurs alvéolo-dentaires persistantes sont: une anamnèse de douleurs trigéménées ou de céphalées primaires, ainsi que des douleurs chroniques et des interventions douloureuses dans la région orofaciale (POLYCARPOU et coll. 2005).

En conséquence, l'indication aux traitements dentaires invasifs et autres interventions chirurgicales ne devrait être posée qu'avec une extrême retenue en cas de douleurs d'étiologie peu claire, car toute intervention supplémentaire va «ancrer» [littéralement: «cimenter»] la problématique douloureuse ou même la péjorer. Le diagnostic d'algie faciale persistante idiopathique ne doit donc être posé que lorsque les autres syndromes douloureux chroniques connus peuvent être exclus, et lorsque les investigations plus poussées, y compris l'imagerie médicale, n'ont pas mis en évidence d'autres pathologies au niveau de la face et du crâne.

Myoarthropathies de l'appareil masticateur (MAP)

Les articulations temporo-mandibulaires constituent un système articulaire bilatéral couplé par les mandibules, dans lequel des mouvements de translation et de rotation permettent des mouvements très divers avec six degrés de liberté. Un ménisque fibrocartilagineux est intercalé entre la cavité articulaire et la tête osseuse mandibulaire, dont le déplacement dans l'articulation peut provoquer des craquements lors des mouvements mandibulaires et peut limiter les mouvements de cette articulation. Il est remarquable de constater que la forme (morphologie) de l'articulation temporo-mandibulaire et la position du ménisque présentent un haut degré d'adaptabilité. La position optimale du maxillaire inférieur – à partir de laquelle débutent les mouvements physiologiques – est la position de repos «flottante», c'est-à-dire que les dents du maxillaire supérieur et inférieur ne sont pas en contact. La condition essentielle pour obtenir cette position de repos est la détente des muscles masticateurs. La tension musculaire est elle-même régulée par la jonction de structures nerveuses périphériques et centrales (PALLA 2000, LOBBEZOO & NAEIJE 2001, SARLANI et coll. 2004).

Les troubles localisés au niveau ou à proximité de l'articulation temporo-mandibulaire sont généralement désignés en pratique quotidienne par le terme de «myoarthropathie de l'appareil manducateur» ou «MAP». Il s'agit donc de troubles de l'appareil manducateur provoqués par des altérations inflammatoires et/ou dégénératives de la musculature masticatoire et/ou de l'articulation temporo-mandibulaire (PALLA 1998). Les causes de MAP sont diverses et en partie encore inconnues. Sur la base des observations cliniques, on attribue depuis longtemps un certain rôle aux tensions inconscientes de la musculature masticatoire comme le serrement ou le grincement des dents (bruxisme). La parafonction à l'état de veille est généralement associée au serrement des dents, et non pas à un grincement, et semble jouer

un rôle plus important dans l'étiologie de la MAP que le bruxisme nocturne. Effectivement, les patients atteints de MAP ont beaucoup plus souvent les dents en contact que les patients épargnés par ces troubles (GLAROS et coll. 2005, CHEN 2006).

L'hypothèse habituelle d'une relation entre les facteurs occlusaux et les myoarthropathies est désormais largement rejetée, ou son importance est actuellement considérée comme nettement moins grande qu'on ne le pensait autrefois (FORSELL & KALSO 2004). La recherche se focalise aujourd'hui davantage sur les troubles du système nerveux central, notamment sur des déséquilibres entre les interactions de différents systèmes fonctionnels. Il faut souligner ici tout particulièrement les indications de la recherche selon lesquelles les douleurs au niveau de la tête et des mâchoires, de même que les douleurs chroniques, devraient être considérées de manière tout à fait générale dans le cadre d'un concept pathogénique global biopsychosocial (SUVINEN et coll. 2005).

Les tensions musculaires ont été investiguées sur le plan des relations entre le système nerveux dit «autonome» et le système musculaire. Dans une direction analogue, les troubles moteurs ont été investigués lors du sommeil (LOBBEZOO & NAEIJE 2001, LAVIGNE et coll. 2003). Par ailleurs, l'expérimentation animale a montré que les interconnexions des composants neurales du système masticatoire avec le système sensorimoteur de la musculature cervicale supérieure peuvent entraîner des troubles réciproques (HU et coll. 2005). D'autres études sont également importantes à cet égard, indiquant que les symptômes de MAP peuvent être associés à d'autres troubles douloureux chroniques tels que la fibromyalgie, le syndrome d'épuisement chronique (CFS) ou d'autres plaintes fonctionnelles (FRICTON 2004).

Comme pour d'autres syndromes douloureux chroniques, aussi pour les douleurs myoarthropathiques, il y a des données qui démontrent qu'ils sont accompagnés par des altérations de l'élaboration et la perception de la douleur au niveau central (LAVIGNE et coll. 2005), ainsi qu'à des troubles neuroendocriniens, en particulier au niveau de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (KORSZUN 2002). Au total, les nouvelles connaissances scientifiques indiquent que le serrement et grincement des dents sont régulés essentiellement au niveau du système nerveux central et non pas, comme on l'admettait autrefois, par des erreurs occlusales. A relever que l'intensité des douleurs myoarthropathiques varie souvent en fonction du temps, de même que les douleurs chroniques du dos.

Chronification de la douleur

Certaines personnes semblent présenter une susceptibilité particulière aux douleurs de longue durée, alors que d'autres s'adaptent bien aux modifications tissulaires consécutives au vieillissement et aux contraintes fonctionnelles. Cette susceptibilité individuelle, de même que la variabilité des plaintes, est rapportée à des facteurs biologiques (prédispositions génétiques, surcharges tissulaires), ainsi qu'à des facteurs psychosociaux. Les contraintes durables tels que des délais à respecter constamment («course contre la montre»), des problèmes relationnels, professionnels, financiers ou familiaux, des conflits à répétition, le fait d'être surmené ou au contraire pas assez occupé – tous ces éléments sont souvent en relation étroite avec les douleurs chroniques. Il arrive fréquemment que des événements traumatisants nécessitant une nouvelle adaptation ou une nouvelle orientation existentielle – tels que la perte de personnes de référence suite à un décès ou à un divorce, la perte d'une place de travail, etc. – coïncident avec le début des douleurs (DE LEEUW et coll. 2005).

Ces contraintes peuvent entraîner directement (par augmentation du serrement ou grincement dentaire) ou indirectement (par des mécanismes de sensibilisation centrale) une sensibilité particulière à la douleur. Un dépistage biopsychosocial approfondi devrait dès lors être réalisé en tous les cas chez les patients souffrant de douleurs chroniques. Dans ce contexte, il s'agit de poser des questions relatives aux répercussions et aux contraintes entraînées par les douleurs sur la vie quotidienne, aux stratégies permettant de surmonter les douleurs, aux convictions relatives à la maladie, aux facteurs (agents) stressants et à leurs répercussions sur la douleur, ainsi qu'au ressenti émotionnel.

Lorsque l'entretien anamnestique met en évidence des indices d'une comorbidité psychique, une investigation diagnostique réalisée par un médecin spécialiste ou un psychologue est nécessaire pour confirmer ou infirmer la possibilité d'une telle comorbidité (comprenant notamment les dépressions, les troubles anxieux et les troubles somatoformes) (MANFREDINI et coll. 2004). Les troubles du sommeil et certains médicaments peuvent également influencer le tableau clinique lors d'une myoarthropathie (KATO et coll. 2003). Tous ces facteurs ne s'excluent pas mutuellement, mais coexistent souvent et doivent être considérés comme des facteurs de risque de chronification. Les aspects importants de l'anamnèse dentaire chez les patients présentant des douleurs chroniques sont résumés dans le tableau II.

Cave: Du point de vue thérapeutique, la différenciation des douleurs chroniques ou non chroniques n'est pas liée primordialement à leur durée (>6 mois), mais bien plutôt à la présence ou à l'absence de troubles concomitants du comportement, de symptômes de mal-être sur le plan affectif ou émotionnel, ou de troubles cognitifs. Cette différence est importante car ces deux formes de douleurs doivent être traitées différemment.

Traitement interdisciplinaire de la douleur

En raison de la variabilité remarquable des douleurs chroniques en fonction du temps, il est judicieux de demander aux patients présentant des douleurs chroniques de tenir un journal pour enregistrer et décrire leurs plaintes. Pendant la phase diagnostique, il est judicieux de documenter si possible quotidiennement la

Tab. II Aspects importants de l'anamnèse dentaire chez les patients atteints de douleurs chroniques

1. Début exact des douleurs, localisation, caractère, fréquence, durée, intensité, manifestations d'accompagnement
2. Traitements antérieurs: qu'est-ce qui a été fait, avec quels résultats?
3. Facteurs d'influence qui renforcent ou atténuent la douleur?
4. Restrictions fonctionnelles au quotidien: qu'est-ce qui n'est plus possible à cause des douleurs?
5. Stratégies pour surmonter les douleurs: que fait le patient lorsque les douleurs se manifestent?
6. Concept personnel de la maladie: comment le patient explique-t-il ses douleurs?
7. Autres plaintes: maladies actuelles et subies par le passé/accidents/opérations
8. Troubles du sommeil: liés ou non à la douleur
9. Symptômes psychiques (en particulier symptômes dépressifs et anxieux)
10. Situation de vie actuelle, facteurs de stress et de contraintes

localisation de la douleur et ses irradiations, mais aussi le caractère de la douleur (aiguë, lancinante, fulgurante, sourde, pulsatile, à type de brûlure, etc.), ainsi que les particularités de la journée (contraintes diverses, vécu subjectif). Lorsque la fonction masticatrice est impliquée, il est possible de décrire les circonstances (mastiquer, déglutir, bâiller, mais aussi le travail, la vie privée, le temps libre) au cours desquelles les douleurs constituent une gêne ou un handicap. Il apparaît souvent que l'intensité se modifie selon le déroulement de la journée ou de la semaine, et la tenue quotidienne d'un journal permet parfois de mettre en évidence certains facteurs qui déclenchent ou atténuent les douleurs. En général, la capacité de détente et de relaxation est réduite, ce qui peut renforcer ou étendre la problématique et entraîner des difficultés supplémentaires. Ces problèmes se répercutent souvent sur l'humeur et le psychisme des patients.

En conséquence, la thérapie est discutée et conduite dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire. Lorsque le manque de capacité à se détendre est au premier plan, le recours à une méthode de relaxation est indiqué. A cet égard, la relaxation musculaire progressive selon Jacobson est une méthode de relaxation musculaire permettant de surmonter le stress dont l'apprentissage est aisé et qui a fait ses preuves au cours de ces dernières années. Il est cependant nécessaire de faire les exercices tous les jours, tout au moins au cours des premières semaines. On peut utiliser aussi le biofeedback pour mettre en évidence les réactions corporelles au stress et à la détente (rapports psychophysiologiques), et pour améliorer les effets des exercices de relaxation chez les patients qui sont peu conscients de leur corps. Cette méthode donne des indications au patient par des signaux optiques et/ou acoustiques relatifs à des fonctions corporelles, qui normalement sont inconscientes. Par exemple, la tension de la musculature masticatoire peut être mesurée par une électrode superficielle, avec visualisation immédiate sur un écran du graphique correspondant. Ces informations fournies par l'appareil permettent de prendre conscience des tensions et dysfonctions musculaires, et d'apprendre à les réguler activement.

Les tensions de la musculature masticatrice pendant le sommeil sont normales et incontrôlables (GALLO et coll. 1999, LAVIGNE et coll. 2003). Lorsque le bruxisme nocturne entraîne des troubles du système masticateur, il existe plusieurs possibilités thérapeutiques. Du point de vue de la médecine dentaire, l'utilisation d'une *gouttière occlusale* (gouttière de Michigan) peut entraîner une diminution des douleurs ou une amélioration des symptômes.

Le *traitement pharmacologique* analgésique est souvent indiqué lors de douleurs persistantes, mais les médicaments conventionnels (AINS) sont rarement efficaces. Dans cette indication, les antidépresseurs tricycliques ont démontré leur efficacité depuis longtemps; il faut relever à cet égard que l'effet analgésique se manifeste avant l'effet antidépresseur, et que la dose peut dès lors être maintenue à un niveau bas (dose réduite), c'est-à-dire dépourvue d'effets psychotropes. Par contre, les antidépresseurs modernes sont moins efficaces lors de douleurs musculo-squelettiques et neuropathiques, bien qu'ils puissent être utilisés dans les cas de comorbidités psychiques (SINDRUP et coll. 2005). Lorsque les douleurs comportent des aspects névralgiformes, les anticonvulsivants (p.ex. carbamazépine, gabapentine, prégabaline) peuvent contribuer à l'amélioration des symptômes (JENSEN 2002).

Bien que la physiopathologie des zones gâchettes myofasciales ne soit pas complètement élucidée, les *infiltrations musculaires*

par des anesthésiques locaux ou les piqûres à l'aiguille sèche («dry needeling») de ces points peuvent entraîner des améliorations, tout au moins temporaires (KIM 2002), ce qui peut être éventuellement considéré comme une forme particulière d'acupuncture. Certains patients rapportent des expériences positives réalisées avec d'autres formes d'acupuncture, des traitements homéopathiques et de nombreuses autres modalités thérapeutiques (ROSTED 2001). Il faut rappeler à cet égard que toute forme de traitement doit impérativement être précédée d'un diagnostic posé conformément aux règles de l'art. Le but d'un traitement psychologique de la douleur est d'une part l'apprentissage de meilleurs rapports à la douleur, dans le but de mieux la maîtriser. Et d'autre part, les dépressions, troubles anxieux et autres troubles psychiques qui entretiennent et renforcent les douleurs bénéficient également de la psychothérapie. Une méthode bien étudiée et souvent utilisée lors de douleurs chroniques est la *thérapie cognitivo-comportementale* (VLAEYEN & MORLEY 2005). Cette méthode de traitement a pour but de modifier le rapport à la douleur, aussi bien sur le plan des idées et des représentations y relatives – («Quelle est ma conception de la douleur?», «Qu'est-ce que je redoute?», «Dans quelle mesure puis-je accepter la douleur?») – que sur le plan du comportement («Qu'est-ce que je fais quand j'ai mal?», «Comment puis-je influencer les douleurs?»).

La thérapie cognitivo-comportementale a donc pour but d'atténuer les réactions de désarroi et de perte de contrôle fréquemment associés aux douleurs chroniques. Les personnes concernées peuvent apprendre à améliorer leur rapport à la douleur, de manière à ce que leur mode de vie en soit moins affecté. Outre le contrôle de la douleur proprement dit, d'autres thèmes importants sont abordés: le contact social (comment la douleur influence-t-elle les relations sociales et la famille), les fonctionnalités possibles de la douleur («Est-ce que la douleur a éventuellement une fonction protectrice, et si oui, de quoi me protège-t-elle?»), ainsi que des conflits actuels non résolus, qui peuvent constituer des facteurs d'aggravation et de persistance des douleurs. Les indications les plus importantes d'un traitement psychologique de la douleur sont résumées dans le tableau III.

Conclusion

La création d'une consultation interdisciplinaire de la douleur dans le cadre du Centre de médecine dentaire, de stomatologie et de chirurgie orale de l'Université de Zurich (ZZMK) a fait ses preuves et se justifie pour différentes raisons. L'optimisation des compétences diagnostiques et thérapeutiques en un même lieu dispense le patient de devoir consulter plusieurs spécialistes dispersés dans différents lieux géographiques, ce qui représente

Tab. III Indications principales du traitement psychologique de la douleur

1. Stress quotidien chronique avec capacité insuffisante de se détendre et troubles du sommeil
2. Perturbation de l'attitude face à la douleur (patient fortement désemparé et catastrophisme)
3. Patient dépassé par les problèmes, manque de stratégies relatives au rapport avec la douleur
4. Inactivité importante, retrait social
5. Suspicion de comorbidités: dépression, troubles anxieux, troubles somatoformes, problème de dépendance/toxicomanie
6. Événements traumatisants et conflits

aussi un gain de temps important. Ce service de consultations spécialisées permet souvent au praticien installé qui a adressé le patient de transposer en pratique les recommandations thérapeutiques qui en découlent. Du point de vue didactique, ce système permet de bénéficier au mieux des compétences théra-

peutiques de cliniciens expérimentés. Enfin, la collaboration interdisciplinaire étroite permet d'éviter les doublons tant au niveau des démarches diagnostiques que thérapeutiques, ce qui améliore l'économicité de la prise en charge et de l'accompagnement des patients atteints de douleurs chroniques.