

Collège National
des Enseignants
en Chirurgie Orale
et Médecine Orale

cneco

DOULEURS CHRONIQUES ORO-FACIALES PRINCIPALES ETIOLOGIES

Vademecum d'aide au diagnostic

Sommaire :

Douleurs neuro-vasculaires

Migraine	3
Dissection de l'artère carotide interne.....	4
Hémicrânie continue.....	5
Algie vasculaire de la face	6
Hémicrânie paroxystique.....	7

Douleurs neuropathiques

Névralgie trigéminal.....	8
Névralgie glosso-pharyngienne.....	9
Névralgie post-herpétique.....	10
Douleur Faciale Idiopathique Persistante.....	11
Neuropathie Trigéminal Douleur Post-Traumatique.....	12
Syndrome Douleur Régional Complexe.....	13
Burning Mouth Syndrome.....	14

Douleurs musculo-articulaires

Hypertrophie musculaire douloureuse.....	15
Douleur myofasciale.....	16
Syndrome d'Eagle.....	17
Céphalée de tension.....	18
Bursite hamulaire.....	19
Maladie de Horton.....	20
Fibromyalgie.....	21

Douleurs dentaires

Cracked-Tooth Syndrome.....	22
Douleurs Post-Endodontiques Persistantes.....	23
DCOF d'origine cardiaque.....	24

MIGRAINE

Définition :

La migraine se définit comme une maladie caractérisée par la répétition de crises de douleurs céphaliques unilatérales, pulsatiles aggravées par l'activité physique avec ou sans aura (signes neurologiques accompagnateurs).

Terrain :

- Sex ratio : 3F/1H
- Prévalence : 10-14% population adulte (croissante jusqu'à 40 ans puis décroissante)
- FDR de déclarer la maladie : parent migraineux (1^{er} degré, jumeau), stress, anxiété, dépression, troubles du sommeil
- FDR de déclencher une crise : modifications hormonales, troubles du sommeil, changements climatiques, facteurs psychologiques, nutrition (chocolat etc...), alcool

Co-morbidités : douleurs chroniques, TMS, fibromyalgie...

Diagnostic positif :

Migraine stricte : ABCDE

Migraine probable : 3/ 4 (parmi ABCD) + E

Migraine épisodique :

- A- Au moins 5 crises répondant aux critères
- B- Durée des crises : 4-72h sans traitement
- C- Au moins 2 des 4 caractéristiques suivantes :
 - Unilatéralité
 - Pulsatilité
 - Intensité modérée à sévère
 - Aggravation par l'activité physique
- D- Au moins 1 des 2 signes associés (pendant la crise) :
 - Nausées et/ou vomissements
 - Photophobie et phonophobie
- E- Aucune autre cause imputable

Migraine chronique :

Critères C-D-E plus de 15 jours par mois pendant plus de 3 mois

Diagnostic différentiel :

- Douleur d'origine dentaire
- Myalgie masticatrice
- Arthralgie de l'ATM

Traitement :

- Traitement de la crise: 1^{ère} intention → antalgiques simples
2^{ème} intention → triptans
- Traitement prophylactique → si crises fréquentes, résistantes au traitement...

DISSECTION DE L'ARTERE CAROTIDE INTERNE

Définition :

La dissection de la carotide interne est un clivage spontané, non traumatique, de la paroi interne de l'artère avec sténose, occlusion et formation de thrombus entraînant une symptomatologie locale (céphalées fronto-temporales et cervicalgies antéro-latérales) ainsi que des AVC ischémiques.

Terrain :

- Apparition à tout âge mais pic d'incidence dans la 5^{ème} décade
- Apparition 5 ans plus tôt chez les femmes
- Facteurs de risque :
 - o Traumas cervicaux mineurs
 - o Iatrogènes (Intubation oro-trachéale, extraction dentaire...)
 - o Hyperhomocystéinémie, migraine, infection récente des voies aériennes
 - o Syndrome d'Ehlers-Danlos vasculaire, dysplasie fibromusculaire, Marfan
- AIT/AVC chez un sujet jeune non athéromateux

Diagnostic positif :

Signes principaux :

- Céphalées fronto-temporales progressives, pulsatiles, persistantes et inhabituelles
- Cervicalgies antéro- latérales avec extension possible à la mandibule et la face
- Syndrome de Claude Bernard Horner (myosis, ptosis, anhydrose supra-orbitaire)

Signes secondaires :

- Acouphènes pulsatiles
- Atteinte des nerfs crâniens inférieurs (IX-XII)
- (Cécité monoculaire transitoire récente)

Diagnostic différentiel :

- Algie vasculaire de la face
- Migraine

Traitement :

- Traitement antithrombotique (Héparine, puis anticoagulants oraux, puis AAP)
- Chirurgie/ procédures endovasculaires (si symptomatologie persistante, sténose résiduelle ou contre-indications aux anticoagulants)

HEMICRANIE CONTINUE

Définition :

L'hémicrânie continue est une céphalée primaire rare, caractérisée par une douleur continue unilatérale avec des exacerbations douloureuses intenses associées à des symptômes autonomiques, dont le critère principal est la réponse absolue à l'indométacine.

Terrain :

- Sex ratio : 1.7F/1H
- Apparition possible à n'importe quel âge (mais surtout 3^{ème} décennie)

Diagnostic positif :

- ➔ Douleur pulsatile, parfois intense et continue, pouvant toucher n'importe quelle région de la tête et du cou et en particulier la face

Critères diagnostiques (IHCD) :

- A- Céphalée depuis plus de 3 mois répondant aux critères B-D
- B- Toutes les caractéristiques suivantes :
 - 1) Douleur unilatérale sans changement de côté
 - 2) Quotidienne et continue, sans périodes de rémission de la douleur
 - 3) Intensité modérée mais avec des exacerbations douloureuses sévères
- C- Au moins un symptôme autonome présent durant les phases d'exacerbation de la douleur et du même côté de la douleur :
 - 1) Injection conjonctivale et/ou larmoiement homolatéral
 - 2) Congestion nasale et/ou rhinorrhée homolatérale
 - 3) Myosis et/ou ptosis homolatéral
- D- Réponse complète à une dose thérapeutique d'indométacine
- E- Non attribuable à une autre pathologie

Critères temporels (Cittadini et al.) :

- *Hémicrânie continue épisodique* :
Présence de périodes de rémission sans douleur, d'au moins 1 jour sans traitement
- *Hémicrânie continue chronique* :
Douleurs quotidiennes, continues sans rémission depuis plus d'un an

Diagnostic différentiel :

- Migraine chronique unilatérale
- Céphalée persistante nouvellement quotidienne
- Hémicrânie paroxystique

Traitement :

- ➔ Indométacine (traitement d'épreuve)

ALGIE VASCULAIRE DE LA FACE

Définition :

L'algie vasculaire de la face (AVF) est une céphalalgie trigémino-autonomique rare, caractérisée par des crises de douleurs orbito-faciales continues, très violentes, survenant de façon quotidienne par attaques brèves pendant des périodes de quelques semaines (salves ou épisodes) séparées par des intervalles libres de rémission complète.

Terrain :

- Sex ratio : 4H/1F
- Apparition entre 10 et 30 ans (extrêmes de 1 à 73 ans)

Diagnostic positif :

Critères diagnostiques (IHS) de l'AVF :

- A- Au moins 5 crises répondant aux critères B et D
- B- Douleurs sévères unilatérales orbitaires, supraorbitaires ou temporales durant 15-180 minutes sans traitement
- C- Céphalée associée à au moins un des caractères suivants survenant du côté de la douleur :
 - Injection conjonctivale
 - Larmolement
 - Congestion nasale
 - Rhinorrhée
 - Sudation du front et de la face
 - Myosis
 - Ptosis
 - Œdème de la paupière
- D- Fréquences des crises de 1 à 8 par jour
- E- Au moins un des caractères suivants :
 - L'histoire, l'examen physique et neurologique ne suggèrent pas un désordre organique mais celui-ci est écarté par la neuro-imagerie ou toute autre investigation.
 - Un autre désordre organique existe mais les crises d'AVF ne sont pas apparues pour la première fois en liaison temporelle avec celui-ci.

Critères pour les AVF épisodiques :

- A- Au moins 2 épisodes d'algies faciales correspondant à l'ensemble des critères de l'AVF.
- B- Des périodes durant de 7 jours à moins d'un an, séparées par des rémissions d'au moins 14 jours.

Critères pour les AVF chroniques :

- A- Les algies faciales correspondent à l'ensemble des critères de l'AVF.
- B- Pas de rémission pendant un an ou plus, ou rémissions durant moins de 14 jours.

Diagnostic différentiel :

- Migraine
- Névralgie essentielle du trijumeau (si coexistence → « cluster tic »)
- Hémicrânie paroxystique
- Céphalalgies unilatérales lésionnelles (Σ de Raeder, dissection carotidienne, Horton)

Traitement :

- Oxygène normobare inhalé à travers un masque facial (7L/min pendant 15 min)
- Sumatriptan (6 mg sous-cutané)

HEMICRANIE PAROXYSTIQUE

Définition :

L'hémicrânie paroxystique est une céphalée primaire rare caractérisée par des attaques répétées de douleurs sévères, strictement unilatérales, brèves, associées à des manifestations crâniennes autonomiques. Elle se caractérise en particulier par des attaques courtes et une réponse absolue à l'indométacine.

Terrain :

- Sex ratio : 1F/1H
- Apparition possible à n'importe quel âge (mais surtout 3^{ème} décade (37 ans en moyenne))
- Comorbidités : migraine, AVF, névralgie trigéminal, céphalées liées à la toux

Diagnostic positif :

- A. Au moins 20 attaques répondant aux critères B-E
- B. Attaques douloureuses sévères unilatérales, orbitaires, supra-orbitaires ou temporales durant 2 à 30min
- C. La céphalée est accompagnée d'au moins 1 des signes suivants :
 1. Injection conjonctivale ou larmoiement ipsilatéral
 2. Congestion nasale et/ou rhinorrhée ipsilatérale
 3. Œdème palpébral ipsilatéral
 4. Sudation frontale et faciale ipsilatérale
 5. Myosis et/ou ptosis ipsilatéral
- D. Les attaques ont une fréquence supérieure à 5 par jour plus de la moitié du temps, bien que des périodes avec une fréquence moindre sont possibles
- E. Les attaques sont prévenues de façon complète par des doses thérapeutiques d'indométacine
- F. Non attribué à une autre pathologie

Diagnostic différentiel :

- Hémicrânie continue
- AVF

Traitement :

- Indométacine (traitement d'épreuve)

NEURALGIE TRIGEMINALE

Définition :

La névralgie trigéminal se caractérise par des crises de douleurs faciales sévères paroxystiques unilatérales à type de décharges électriques dans la zone de distribution d'une ou plusieurs branches du nerf trijumeau, déclenchées par la stimulation d'une zone gâchette ou un autre facteur déclenchant, durant quelques secondes à quelques minutes.

Terrain :

- Femmes de plus de 40 ans ++
- Pic d'incidence entre 50 et 70 ans
- Prévalence : 0.3% de la population
- FDR de déclencher une crise : parole, mastication, brossage des dents, tact léger...

Diagnostic positif :

- ➔ Expression faciale = « tic douloureux »
- ➔ Présence zone gâchette, ou facteur déclenchant

Critères diagnostiques :

- A. Crises douloureuses paroxystiques durant d'1 seconde à 2 minutes, affectant une ou plusieurs divisions du nerf trijumeau et remplissant les critères B et C
- B. La douleur a au moins 1 des caractéristiques suivantes :
- C. Les attaques sont stéréotypées au sein du même patient
- D. Il n'existe aucun signe clinique de déficit neurologique
- E. Aucune autre cause n'explique la pathologie

Diagnostic différentiel :

- Névralgie glosso-pharyngienne (et autres névralgies rares)
- Névralgie post-herpétique
- Algie faciale atypique
- ADAM
- Céphalée primaire en coup de poignard
- Syndrome SUNCT
- Certaines odontalgies

Traitement :

- **Traitement d'épreuve** ➔ **carbamazépine** (TEGRETOL®) 200-400mg/jr en 2-3 prises
- Traitement chirurgical (si nécessaire) : décompression micro-vasculaire, neurolyse...

NEURALGIE GLOSSOPHARYNGIENNE

Définition :

La névralgie glossopharyngienne est une pathologie neuropathique rare, caractérisée par des accès douloureux névralgiques intenses au niveau de la région pharyngienne et auriculaire à type de « décharges électriques » sous forme de crises de quelques secondes à quelques minutes.

Terrain :

- Pas de prédominance selon le sexe
- Apparition entre 40 et 50 ans ++
- Rare : 0.2 à 0.7 cas/ 100 000/ an
- Facteurs déclenchants : parole, déglutition (froid, salé, amer, acide ++), tact léger région pharyngée postérieure ou base de langue, respiration d'air froid...

Diagnostic positif :

- Crises paroxystiques de douleurs lancinantes à type de « décharges électriques » au niveau de la région postérieure du pharynx, l'arrière de la langue, l'oreille moyenne
- Facteurs déclenchants : parole, déglutition, prise alimentaire, respiration d'air froid, tact léger au niveau de la région pharyngienne

Diagnostic différentiel :

- Syndrome d'Eagle
- DTM
- Autres névralgies faciales

Traitement :

- Carbamazépine
- Section intra-cranienne du IX

NEURALGIE POST-HERPETIQUE

Définition :

La névralgie post-herpétique (NPH) est une douleur neuropathique chronique continue faisant suite à la réactivation du VZV (zona), durant plus de 90 jours après l'apparition de l'éruption vésiculeuse.

Terrain :

- Augmentation de l'incidence et de la sévérité avec l'âge ++
- Patients âgés (> 65 ans) ++
- Pas de prépondérance selon le sexe
- 10-20% des patients ayant eu un zona

Diagnostic positif :

- Antécédents d'infection par le VZV (zona), souvent au niveau du trajet du V1
- Douleur continue à type de brûlure, sourde, lancinante, persistante et le long du nerf préalablement infecté
- Sensations de paresthésies associées dans le territoire affecté.
- A l'examen : présence de lésions chroniques + hypoesthésie dans la région affectée.
- + /- dosages IgG/IgM anti-VZV

Diagnostic différentiel :

- Autres névralgies
- Syndrome de Ramsey-Hunt

Traitement :

- Traitement difficile => **Traitement symptomatique**
- Prégabaline ++

DOULEUR FACIALE IDIOPATHIQUE PERSISTANTE

Définition :

La Douleur Faciale Idiopathique Persistante est définie par l'ICHD comme une « douleur idiopathique persistante » se caractérisant par une douleur faciale durant depuis plus de 6 mois, n'ayant pas les caractéristiques d'une névralgie faciale et qui n'est attribuable à aucune autre cause.

Terrain :

- Patients d'âge moyen entre 30 et 50 ans
- Prévalence : 0.03%
- Prédominance féminine (surtout si dépression ++)
- Initié ou aggravé par un traumatisme local (extraction, chirurgie sinusienne...)
- Comorbidités fréquentes : SCI, céphalées, dorsalgies, saignements dysfonctionnels utérins...

Diagnostic positif :

→ Diagnostic d'élimination

- Douleur nocturne, diffuse, bilatérale, non limitée à une distribution nerveuse
- Face, maxillaires, yeux, cou voire la tête entière
- Continue pendant des jours, lancinante, à type de « pression » ou « lourdeur »
- Episodes intermittents de douleur sévère
- Modifications sensitives (allodynie, dysesthésies, paresthésies, ...)
- Pas d'altération de la parole, l'alimentation, ou la vie quotidienne

Diagnostic différentiel :

- Neuropathie trigéminal douloureuse post-traumatique
- Syndrome douloureux régional complexe

Traitement :

- Traitement TRES difficile → douleur chronique LA PLUS DIFFICILE à gérer
- Antidépresseurs tricycliques, fluoxétine, IMAO

NEUROPATHIE TRIGEMINALE DOULOUREUSE POST-TRAUMATIQUE

Définition :

La Neuropathie Trigéminal Douloureuse Post-Traumatique est une douleur neuropathique caractérisée par une odontalgie ou douleur maxillo-mandibulaire persistante, suite à des dépulpages, apicectomies ou extractions dentaires, sans lésion dentaire ou osseuse visibles. Elle est à différencier de la douleur faciale idiopathique persistante, notamment par sa bien meilleure réponse au traitement.

Terrain :

- Atteinte possible à tout âge, mais prépondérance chez les femmes dans la 4^{ème} décennie
- Molaires et prémolaires maxillaires ++
- Absence de comorbidité psychologique/psychiatrique
- 3-6% des patients post-traitement endodontique
- Précipité par un évènement traumatique (traitement endodontique, extraction...)

Diagnostic positif :

→ Diagnostic d'élimination

- Périodes prolongées de douleurs constantes pulsatiles (ou de brûlures) au niveau des dents ou des procès alvéolaires (difficilement localisable)
- Pas de lésion identifiable (cliniquement ou radiographiquement)
- Pas de perturbation du sommeil

Diagnostic différentiel :

- Douleur faciale idiopathique persistante
- Douleur post-endodontique persistante
- Odontalgie d'origine neuro-vasculaire (ex : migraine)

Traitement :

- antidépresseurs tricycliques (ex : amitriptyline)
- gabapentinoïdes (prégabaline, gabapentine)
- +/- phénothiazines

SYNDROME DOULOUREUX REGIONAL COMPLEXE

Définition :

Le Syndrome Douloureux Régional Complexe (SDRC) est une pathologie neuropathique chronique, rare au niveau maxillo-facial, faisant intervenir le système nerveux sympathique.

Terrain :

- Pathologie très rare au niveau maxillo-facial (13 cas ?)
- Trauma initial (chirurgie, AVP....)
- Prédominance féminine
- Prévalence augmente avec l'âge

Diagnostic positif :

- Début de la symptomatologie suite à un évènement initialement douloureux (SDRC de type I) ou une lésion nerveuse (SDRC de type II)
- Douleur neuropathique (brûlure, hyperalgésie...)
- Allodynie spontanée non limitée à un trajet nerveux et non proportionnelle à l'évènement déclencheur
- Activité sudomotrice anormale, anomalies de la vascularisation cutanée superficielle, œdème et autres symptômes autonomiques
- Exclusion d'autres pathologies qui pourraient contribuer à la symptomatologie
- Parfois : biopsie cutanée → mise en évidence dégénérescence nerveuse

Diagnostic différentiel :

- Algie faciale atypique
- Algie vasculaire de la face

Traitement :

- **Aucun traitement efficace**
- Parfois : thérapeutiques palliatives coûteuses : stimulation nerveuse, injections intrathécales...

BURNING MOUTH SYNDROME

Définition :

Le Burning Mouth Syndrome (BMS) est un syndrome douloureux chronique touchant principalement les femmes d'âge moyen/mûr présentant des modifications hormonales ou des troubles psychologiques caractérisé par une sensation de brûlure ou piquûre de la bouche, en présence d'une muqueuse saine et en l'absence de toute cause organique locale ou systémique. Une étiologie neuropathique est très probable.

Terrain :

- Sex ratio : 7F/1H
- Adultes entre 38 et 78 ans (surtout les femmes en période péri/post ménopause)
- Composante psychologique ++ (anxiété, dépression, événements traumatisants)
- Habitudes parafonctionnelles (tics de léchage/succion de la lèvre, respiration buccale...)

Diagnostic positif :

Critères diagnostiques du BMS:

- ➔ Sensation de brûlure buccale bilatérale quotidienne dont la douleur :
 - 1) est ressentie profondément dans la muqueuse buccale
 - 2) est sans rémission pendant au moins 4 à 6 mois
 - 3) est continue la totalité ou quasi-totalité de la journée
 - 4) n'interfère que rarement avec le sommeil
 - 5) n'est jamais aggravée mais peut être soulagée par la prise alimentaire et la boisson
- ➔ Associée à :
 - 6) la présence d'autres symptômes oraux tels qu'une dysgueusie et/ou une xérostomie
 - 7) la présence d'anomalies sensibles/chémo-sensorielles
 - 8) la présence de troubles de l'humeur et/ou d'altérations spécifiques de la personnalité du patient (psychasthénie, hypochondrie, cancérophobie, anxiété, dépression, aboulie...)

BMS primaire ➔ critères diagnostiques du BMS + absence de cause locale ou systémique

BMS secondaire ➔ critères diagnostiques du BMS avec un facteur étiologique retrouvé

Diagnostic différentiel :

- lésions muqueuses traumatiques
- infections muqueuses spécifiques (ex : candidoses)
- stomatites érosives/ulcératives chroniques (stomatite aphteuse, lichen plan érosif, pemphigoïde, pemphigus, ...)
- lésions néoplasiques

Traitement :

- BMS secondaire ➔ traitement étiologique
- BMS primaire ➔ traitements locaux/systémiques (clonazepam ++, antidépresseurs, anxiolytiques...), thérapies comportementales...

HYPERTROPHIE MUSCULAIRE DOULOUREUSE

Définition :

Des hypertrophies de la musculature masticatrice peuvent être responsables de douleurs chroniques oro-faciales.

Terrain :

- Pas de prédominance sexuelle
- Incidence importante entre 20 et 40 ans
- Les hypertrophies douloureuses de la musculature masticatrice sont rares.

Diagnostic positif :

- tuméfaction ferme unilatérale ++ au niveau d'un muscle masticateur (masséter ++)
- IRM : confirmation de la nature musculaire de la tuméfaction et de l'absence d'autre pathologie (néoplasie, infection, etc...)

2 formes :

- hypertrophie musculaire idiopathique
- hypertrophie musculaire symptomatique (réactionnelle)

Diagnostic différentiel :

- Néoplasie
- Myosite infectieuse
- Constriction musculaire fibreuse

Traitement :

- Thérapie par Attelle de Michigan
- Physiothérapie
- Modifications comportementales (biofeedback)
- Chimio-dénervation via l'injection de toxine botulinique de type A

DOULEUR MYOFASCIALE

Définition :

Le syndrome de douleur myofasciale est un trouble musculo-squelettique non inflammatoire, associé à une douleur locale et une rigidité musculaire, caractérisé par la présence de nodules palpables hyper-irritables au niveau des fibres de muscles squelettiques, appelés « zones gâchettes ».

Terrain :

- Apparition entre 27.5 et 50 ans
- Personnes sédentaires ++
- Co-morbidités : anxiété, dépression....
- Fréquent : 54% des femmes, 45% des hommes (avec zones gâchettes dans 25% des cas)

Diagnostic positif :

- douleur continue, lancinante et profonde, diffuse ou référée, parfois exacerbée par la palpation de zones gâchettes
- localisation : auriculaire, pré-auriculaire, tempes, dents, pharynx, langue, plancher et face
- diminution légère de l'amplitude des mouvements mandibulaires, fatigue, raideur

Critères diagnostiques :

- 1) Présence de zones de sensibilité à la palpation au niveau de bandes fermes sur les muscles masticateurs, tendons ou ligaments, dénommées « zones gâchettes »
- 2) Douleurs régionales suivant un trajet de projection bien précis, fonction de la zone gâchette d'origine
- 3) La palpation des zones gâchettes reproduit le tableau douloureux décrit par le patient.

Diagnostic différentiel :

- autres DTM
- fibromyalgie
- névralgies faciales
- autres myalgies
- tendinites, bursites...

Traitement :

- technique de vaporisation-étirement
- technique de ponction-injection des zones gâchettes

SYNDROME D'EAGLE

Définition :

Le syndrome d'Eagle se définit comme un ensemble de symptômes résultant de l'élongation du processus styloïde (> 40mm) ou d'une calcification du ligament stylo-hyoïdien (voire des deux à la fois). Il se caractérise par une douleur oropharyngée lors de l'activité manducatrice, en particulier la déglutition. Il s'agit d'un diagnostic d'élimination.

Terrain :

- Fréquence : 4% de la population présenterait un processus styloïde de 70-75mm
- Symptomatique dans 4% des cas

Diagnostic positif :

→ Diagnostic d'élimination

Signes cliniques :

- Cervicalgies exacerbées lors de l'hyperextension cervicale et les mouvements céphaliques brusques
- Douleur lors de la palpation de la fosse tonsillaire
- Disparition de la douleur lors de l'anesthésie de la fosse tonsillaire (Xylocaine 2%)
- Dysphagie, odynophagie, sensation de corps étranger

Signes radiographiques :

- Elongation du processus styloïde

Diagnostic différentiel :

- Névralgie d'un nerf crânien (surtout V et IX)
- Douleur liée à l'ATM
- Amygdalite chronique
- Péricoronarite de la 3^{ème} molaire
- Douleur liée à une prothèse mal adaptée
- Néoplasie pharyngée ou de la base de langue

Traitement :

- Traitement symptomatique → AINS + antalgiques
- Traitement curatif (3-4% des cas) → résection chirurgicale

CEPHALEE DE TENSION

Définition :

La céphalée de tension, est une céphalée primaire très fréquente se caractérisant par des douleurs bilatérales « en casque » à type de pression, apparaissant généralement en contexte de fatigue ou stress.

Terrain :

- Prédominance féminine
- Survenue possible à n'importe quel âge, surtout entre 20 et 40 ans
- Terrain de fatigue, stress, dépression...

Diagnostic positif :

CT épisodique sporadique :

- A. Au moins 10 épisodes <12 jours/an remplissant les critères B-D
- B. Céphalée durant entre 30 min et 7 jours
- C. Au moins 2 des caractéristiques suivantes :
 1. Bilatérale
 2. Sensation de « pression » ou « serrage » (mais non pulsatile)
 3. Douleur d'intensité faible à modérée
 4. Pas d'aggravation par les activités physiques quotidiennes (ex : escaliers)
- D. Les 2 critères suivants :
 1. Pas de nausées ni de vomissements
 2. Photophobie OU phonophobie (mais pas les deux ensemble) ou rien
- E. Attribuable à aucune autre pathologie

CT épisodique fréquente :

Idem sauf A : Au moins 10 épisodes entre >1 et <15 jours par mois pendant au moins 3 mois

CT chronique :

Idem sauf A : Céphalée > 15 jours/ mois pendant plus de 3 mois

B : Céphalée durant des heures ou continue

D1 : Parfois nausées légères

Diagnostic différentiel :

- migraine
- céphalées secondaires (ex : céphalée par abus d'antalgiques...)

Traitement :

- thérapeutiques non pharmacologiques (gestion stress et douleur, physiothérapie....)
- Antalgiques simples
- Parfois : antidépresseurs tricycliques

BURSITE HAMULAIRE

Définition :

La bursite hamulaire est une inflammation de la bourse qui recouvre le tendon du muscle tenseur du voile du palais localisée au niveau du processus hamulaire de l'aile médiale du processus ptérygoïde de l'os sphénoïde, responsable d'un tableau douloureux parfois très sévère et pouvant simuler de multiples pathologies différentes.

Terrain :

- Processus hamulaire proéminent
- ATCD de trauma (IOT, déglutition d'un gros bol alimentaire, brossage des dents, prothèse en surextension....)

Diagnostic positif :

- Symptomatologie douloureuse très variable :
 - otalgie, plénitude dans l'oreille
 - dysphagie, odyndophagie
 - douleur du palais mou
 - douleur à la mâchoire, aux dents
 - Gène pharyngée
- Signes d'accompagnement (inconstants) : hypergueusie, paresthésies, hypoesthésies
- Douleur référée (souvent auriculaire) à la palpation du processus hamulaire ++
- Amélioration nette à l'anesthésie de la zone du processus hamulaire
- RX : processus hamulaire proéminent (inconstant)

Diagnostic différentiel :

- DTM
- Névralgies trigéminales/glossopharyngienne
- Syndrome d'Eagle
- Tumeurs, kystes
- Herpès simplex
- OMA

Traitement :

- **Traitement conservateur (++)** → infiltrations (après AL) d'1 mL de cortisone de synthèse au niveau du processus hamulaire + AINS post-infiltration
- Traitement chirurgical (rare)

MALADIE DE HORTON

Définition :

La maladie de Horton, ou artérite giganto-cellulaire, est une vascularite granulomateuse fréquente touchant les artères de moyens et gros calibres, en particulier les branches extra-crâniennes des carotides. Elle se caractérise par des céphalées temporales, une AEG et une baisse d'acuité visuelle.

Terrain :

- Prédominance féminine
- Age > 50 ans (Age moyen d'apparition= 65 ans)
- Terrain génétique (HLA-DR4)

Diagnostic positif :

Critères ACR :

- Age de début des symptômes \geq 50 ans
- Céphalée d'apparition récente (ou nouvelle forme de céphalée)
- Anomalies de l'artère temporale (induration, hyperesthésie, abolition du pouls)
- VS \geq 50mm/heure
- BAT positive (vascularite avec prédominance d'infiltrats mononuclées ou granulomes, généralement associés à des cellules géantes plurinuclées)

+ autres symptômes (inconstants) : claudication intermittente de la mâchoire, hyperesthésie du cuir chevelu....

Diagnostic différentiel :

- Autres artérites
- DTM
- Céphalées de type tension

Traitement :

➔ Corticoïdes précoces ++

FIBROMYALGIE

Définition :

La fibromyalgie est une pathologie chronique caractérisée par des myalgies associées à des zones sensibles sur de multiples localisations du corps, associées à une fatigue, une raideur musculaire et des troubles du sommeil.

Terrain :

- Femmes jeunes ou d'âge moyen ++
- Sexe-ratio : 5F/1H
- Comorbidités psychiatriques : anxiété, dépression ++
- Multiples comorbidités « fonctionnelles »

Diagnostic positif :

Critères ACR (1990) :

- ATCD de douleurs généralisées depuis au moins 3 mois
- Douleur bilatérale au-dessus et en dessous de la taille.
- La douleur est généralisée si elle se présente sur plus de 11 points sur 18 à la palpation digitale : occiput (2), zone cervicale inférieure (2), Trapèze (2), muscle sus-épineux (2), grand trochanter (2) et genou (2).

Critères ACR (2010) :

- WPI ≥ 7 et indice SS ≥ 5 OU WPI entre 3 et 6 et indice SS d'au moins 9.

+ absence d'autre étiologie possible

Diagnostic différentiel :

- Syndrome de douleur myofasciale (avec zones gâchettes)
- Pathologies rhumatismales

Traitement :

- Traitements non pharmacologiques (gestion du stress, changement de mode de vie, éducation thérapeutique...)
- Thérapeutiques pharmacologiques : antidépresseurs (duloxetine ++), myorelaxants, anticonvulsivants

CRACKED-TOOTH SYNDROME

Définition :

Le « *cracked-tooth syndrome* » représente l'ensemble des signes et symptômes associés aux dents fêlées/fracturées. Ces dents fêlées peuvent engendrer une symptomatologie très variée, allant d'un simple inconfort à des douleurs prolongées et sévères.

Terrain :

- Adultes > 40 ans
- Restaurations coronaires étendues (surtout MOD)
- Tenons radiculaires, screw-posts....
- Molaires mandibulaires (surtout cuspidé disto-linguale) ++
- Contraintes occlusales excessives (bruxisme à type de serrement)

Diagnostic positif :

- Mise en évidence du trait de fêlure/fracture : inspection visuelle, test morsure, sondage, transillumination...
- Douleur à l'occlusion dentaire, aux variations thermiques (froid ++) et au relâchement lors du test de morsure
- Sondage ponctuel sur 2 faces opposées de la dent + alvéolyse en doigt de gant ≈ fracture radiculaire
- Parfois → douleur sourde, continue, lancinante, difficilement identifiable si pulpite chronique

Diagnostic différentiel :

- Autres odontalgies
- Douleur myofasciale (référée aux dents)

Traitement :

- Restauration coronaire collée si possible (prévention de l'extension du trait de fracture)
- Si fracture radiculaire → extraction, amputation/hémisection (si dent pluri-radiculée)
- Extraction

DOULEURS POST-ENDODONTIQUES PERSISTANTES

Définition :

La douleur post-endodontique persistante (DPEP) se définit comme une douleur persistant au moins 6 mois après un traitement endodontique, indépendamment de l'étiologie douloureuse. Rarement, elle peut donner un tableau de douleur faciale atypique.

Terrain :

- Présence d'une fenestration apicale (9% de la population)
- Fréquence : 5.3% (mais probablement supérieure à 7%)
- Restaurations prothétiques non étanches

Diagnostic positif :

Critères cliniques :

- Odontalgie spontanée ou provoquée avec ATCD de traitement endodontique sur la dent
- Sensibilité/douleur à la percussion axiale et latérale
- Palpation douloureuse de la zone de fenestration (le cas échéant)

Critères radiologiques :

- Traitement endodontique insuffisant ou insatisfaisant
- CBCT → Mise en évidence de l'éventuelle fenestration

Diagnostic différentiel :

- Névralgie trigéminal (si DPEP induisant une douleur faciale atypique)
- Douleur myofasciale référée
- Sinusite (si dent maxillaire postérieure)
- Douleur référée (autres étiologies)

Traitement :

- Retraitement endodontique
- Chirurgie apicale

DCOF D'ORIGINE CARDIAQUE

Définition :

La DCOF d'origine cardiaque est une douleur référée -ayant pour origine une cardiopathie ischémique- bilatérale (le plus souvent), paroxystique et sévère, ressentie au niveau du cou et de la mandibule, pouvant irradier à d'autres structures cranio-faciales ainsi qu'au niveau de la poitrine, des épaules et des bras.

→ Représente LA SEULE manifestation clinique dans 10% des cas

Terrain :

- Plus fréquente chez les femmes
- Terrain cardio-vasculaire (FDRCV)
- 38% des patients porteurs de cardiopathies ischémiques

Diagnostic positif :

- Douleur paroxystique, sévère (mais moins qu'une odontalgie odontogène), oppressante, à type de « brûlure », bilatérale (le plus souvent)
- Localisation : cou, mandibule, arcade zygomatique, ATM
- Aggravée par l'effort
- Calmée par la trinitrine (traitement d'épreuve)
- Inchangée par le mouvement ou un stimulus oral
- Associée aux irradiations classiques des cardiopathies ischémiques : poitrine, épaules, bras

Diagnostic différentiel :

- Odontalgies odontogènes
- Odontalgies neurovasculaires
- Odontalgies psychogènes
- Odontalgies musculaires
- Odontalgies sinusiennes

Traitement :

- Trinitrine (« traitement d'épreuve »)
- Traitement de la cardiopathie

Rédacteur : Dr Nathan Moreau

Lecteur : Pr Laurent Devoize

Remarque et suggestions : nthmoreau@gmail.com