

# Approche biopsychosociale des stomatodynies: prise en charge conjointe

FRANCESCA ARPONE<sup>a</sup>, Dr FLORIAN COMBREMONT<sup>b</sup>, KERSTIN WEBER<sup>a</sup> et Dr PAOLO SCOLOZZI<sup>b</sup>

Rev Med Suisse 2016; 12: 309-11

Souvent réfractaires à une prise en charge traditionnelle, les patients souffrant de stomatodynies peuvent bénéficier d'une prise en charge conjointe médico-psychologique selon une approche biopsychosociale. Afin de considérer les différents facteurs impliqués dans le développement et le maintien de cette pathologie, une consultation spécialisée existe au sein des Hôpitaux universitaires de Genève, issue de la collaboration entre le Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale et le Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise. Cet article décrit comment les stomatodynies se présentent cliniquement et le type de prise en charge que nous proposons dans une vision intégrée de ce phénomène.

## Burning mouth syndrome – a joint biopsychosocial approach

*Burning mouth syndrome (BMS) is a medical condition that is often refractory to conventional diagnostic and therapeutic methods. Patients suffering from BMS can benefit from a biopsychosocial approach in a joint, medical-psychological consultation model. Such a consultation exists at Geneva University Hospitals, involving the collaboration of the maxillo-facial and oral surgery division and the division of liaison psychiatry and crisis intervention, in order to take into account the multiple factors involved in BMS onset and persistence. This article will describe BMS clinical presentation, and present an integrate approach to treat these patients.*

## STOMATODYNIES: DÉFINITION ET PRÉSENTATION CLINIQUE

Selon l'International Headache Society (IHS),<sup>1</sup> les stomatodynies (*burning mouth syndrome*) sont définies comme une sensation de brûlure de la muqueuse buccale, pour laquelle aucune étiologie médicale ou dentaire ne peut être établie. La littérature parle également de paresthésies buccales médicalement inexpliquées. Le diagnostic de stomatodynies est donc basé sur la présence de symptômes subjectifs typiques, ainsi que sur l'exclusion d'étiologies locales ou systémiques.<sup>2</sup>

La plainte la plus courante des patients est une sensation douloureuse de brûlure ou de picotements. L'intensité est souvent décrite comme insupportable ou invivable, mais non paroxystique. Ces sensations intéressent le plus souvent la

langue dans sa portion antérieure (d'où le terme de glossodynie), mais également le palais dur, les gencives, la demi-muqueuse labiale. Elles sont le plus fréquemment bilatérales et non limitées à un territoire nerveux défini. En association à ces plaintes principales, les patients décrivent parfois également une sensation de salive altérée (xérostomie, salive épaisse ou acide), de turgescence ou une dysgueusie.

L'intensité des symptômes est variable, et obéit volontiers à un rythme nyctéméral particulier: absentes au réveil, les paresthésies apparaissent dans les heures qui suivent, et augmentent au fil de la journée, pour atteindre un pic dans la soirée. Elles n'empêchent cependant pas l'endormissement, n'interrompent pas le sommeil, et sont absentes ou peu marquées en cas de réveil nocturne. Les douleurs peuvent être exacerbées par l'alimentation (épices, acide).

Les patients associent fréquemment l'apparition de leurs symptômes à un traitement médical général ou dentaire (prise d'antibiotiques ou autres médicaments, soins dentaires, chirurgie orale telle qu'une avulsion ou une pose d'implant dentaire, etc.). Souvent, ils ont consulté de nombreux médecins avant de se présenter à notre consultation (généraliste, dentiste, ORL, gastroentérologue...) et leurs symptômes ont résisté aux traitements habituels.

A l'examen clinique, la muqueuse est d'apparence normale, l'hygiène buccodentaire de ces patients est généralement excellente, et une lésion dentaire ou une pathologie gingivale sont rarement mises en évidence. L'observation révèle cependant les signes d'un bruxisme (serrement ou grincement), d'un tic de succion-aspiration, ou une déglutition atypique.

Les stomatodynies concernent jusqu'à 18% de la population générale selon les études, voire 40% dans certaines sous-populations.<sup>3</sup> Les femmes sont le plus souvent concernées, avec un ratio pouvant atteindre 33:1 selon les articles.<sup>4</sup> L'âge d'apparition se situe typiquement entre 40-60 ans, l'incidence augmentant avec l'âge.<sup>5,6</sup> Ces chiffres très variables reflètent des critères diagnostiques longtemps restés vagues ainsi qu'une pathophysiologie qui ne commence à être comprise que depuis quelques années.<sup>2</sup>

## DOULEUR CHRONIQUE ET PSYCHIATRIE DE LIAISON: ENTRE LE PSYCHIQUE ET LE SOMATIQUE

Le phénomène des stomatodynies, comme toute douleur chronique, ne peut pas être simplement réduit à une douleur qui

<sup>a</sup>Service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise, Département de santé mentale et de psychiatrie, <sup>b</sup>Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale, Département de chirurgie, HUG, 1211 Genève 14 francesca.arpone@hcuge.ch | florian.combremont@hcuge.ch kerstin.weber@hcuge.ch | paolo.scolozzi@hcuge.ch

persiste dans le temps. La douleur, n'étant plus un symptôme d'alarme d'un dysfonctionnement somatique et généralement plus associé à une lésion, devient une «maladie en soi».<sup>7</sup> Le symptôme devient lui-même un nœud de souffrances dans lequel se croisent biologie, émotivité, et relations interpersonnelles.<sup>8</sup> Il s'agit donc d'un phénomène à l'interface psychosomatique.<sup>9</sup>

La psychiatrie de liaison a trouvé un de ses terrains privilégiés dans le domaine de la médecine psychosomatique. Elle vise à remettre au centre de la médecine non pas la lésion anatomique, mais le patient dans sa complexité biologique, psychologique et sociale et dans sa relation avec le système des soins.<sup>10</sup> Lipowski<sup>11</sup> définit le processus de *somatisation* comme «la tendance à ressentir et à exprimer des symptômes somatiques dont ne rend pas compte une pathologie organique, à les attribuer à une maladie physique et à rechercher dans ce contexte une aide médicale».

La somatisation correspond ainsi à une discordance entre le vécu somatique du patient et l'interprétation psychosociale du soignant, entre une vision subjective et objective de la santé et de la maladie. La somatisation résulte d'une interaction entre le patient et un système de soins.<sup>12</sup> En tant que telle, la maladie ne demande pas uniquement de nombreuses interventions réparatrices, mais plutôt des processus de transformation dans une perspective évolutive;<sup>8</sup> elle devient un point «critique» d'instabilité et peut représenter un moment particulièrement favorable au changement.

Dans le processus thérapeutique, la réponse du système de soins constitue un niveau de complexité supplémentaire qui interagit avec la réalité multiple de l'individu. Explorer les altérations somatiques du patient ou discuter des difficultés psychosociales, ou décider de faire les deux choses, sont des approches profondément différentes, et chacune amène le système thérapeutique et le patient à reformuler les difficultés et à activer des ressources d'une manière spécifique. La psychiatrie de liaison se prête particulièrement bien à l'application du paradigme biopsychosocial,<sup>13</sup> où les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sont considérés comme participant simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie.

## PRÉSENTATION DE LA PRISE EN CHARGE CONJOINTE DES STOMATODYNIES

Notre consultation conjointe existe depuis 1996 et se caractérise par un travail en tandem d'un médecin-dentiste et d'une psychologue, le but de cette double présence étant à la fois d'accueillir et d'élargir la plainte des patients, afin d'aborder leur souffrance et d'offrir une prise en charge globale. Les séances, d'une heure environ, se déroulent dans un cabinet au sein du Service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale, c'est-à-dire le service concerné par la plainte pour laquelle les patients consultent. Dans la pièce, en plus du fauteuil dentaire, trois chaises de consultation sont installées en cercle. Ce dispositif de soins offre la possibilité d'alterner entre deux espaces, et de passer de l'examen de la cavité orale à l'évaluation psychologique au sein d'une même séance de consultation. Les espaces psychique et somatique sont remis

en relation. L'objectif est de valider le symptôme présenté par le patient, selon un «postulat de sincérité» ou de «validation du sujet».<sup>14</sup> L'attitude thérapeutique adoptée est celle de ne pas questionner la réalité de la douleur et de la souffrance du patient et nous nous gardons de toute réaction de suspicion à son égard, malgré le caractère persistant de sa douleur. Dans cette prise en charge, il semble plus utile de chercher à élucider les bonnes raisons qui conduisent le patient à dire ce qu'il dit, plutôt que de questionner la véracité objectivable de ses propos et de ses modalités expressives.

Après une à trois séances d'évaluation personnalisée, nous proposons un diagnostic et un avis spécialisés. Selon les indications, nous assurons ensuite une prise en charge avec plusieurs spécialistes, ainsi qu'une collaboration avec le réseau de soins existant (dentiste référent, médecin traitant, etc.). Ces prestations sont remboursées dans l'assurance de base de la LAMal sous déduction de la franchise et de la participation.

### Présentation clinique

M<sup>me</sup> D., 55 ans, employée, divorcée, vivant seule depuis le mariage de ses enfants, se présente à notre consultation pour des picotements au niveau de la langue, du palais, des muqueuses jugales et du pharynx. Elle indique que l'intensité des douleurs est de 7/10. Ces sensations sont apparues après un épisode d'infection urinaire traitée par des antibiotiques. De plus, cette patiente trouve sa langue «fissurée» depuis la prise d'antibiotiques. L'anamnèse révèle une patiente en bonne santé habituelle, ménopausée depuis cinq ans, sous substitution hormonale.

Avant de faire appel à nous, M<sup>me</sup> D. avait consulté son dentiste, qui lui a prescrit un traitement par spiramycine-métronidazole (Birodogyl), sans succès. Elle a alors consulté son généraliste, qui a pratiqué un bilan ferrique et vitaminique, qui n'a révélé aucune particularité. Elle a également consulté un neurologue, qui a posé un diagnostic de glossodynie, l'a informée et lui a remis un article traitant du sujet. Elle a finalement consulté un stomatologue, qui nous l'a adressée pour une prise en charge conjointe.

L'examen de la cavité orale met en évidence des muqueuses sans particularité, avec cependant une discrète empreinte des dents sur les bords de la langue, révélant un tic de succion-aspiration. L'évaluation psychologique révèle une absence de symptômes en faveur d'un trouble psychiatrique, une thymie neutre avec cependant un épuisement affectif et un sentiment de solitude chez une personnalité de nature soucieuse. Le diagnostic de stomatodynie est confirmé à la patiente, et pour répondre à son intérêt, des explications approfondies sont données sur cette maladie et son évolution possible. La réassurance ne constitue pas une part importante des explications données à M<sup>me</sup> D., car contrairement à la majorité des patientes présentant une stomatodynie, celle-ci n'a pas vraiment de crainte oncologique. Nous posons l'indication d'un suivi conjoint sur 10-15 séances et la patiente accepte. Lors des consultations ultérieures, la validation de la réalité subjective de la patiente lui permet de se sen-

tir écoutée, de poser des questions, de dire quelque chose de nouveau sur sa douleur, de laisser émerger une nouvelle narration. Nous accompagnons M<sup>me</sup> D. dans la reconstruction de l'histoire de sa douleur et des traitements entrepris: qu'est-ce que la douleur pour elle, comment est-elle apparue, comment la comprend-elle, comment la vit-elle et quel impact a-t-elle sur sa qualité de vie, quelles sont ses réactions et les ressources activées. La patiente fait spontanément le lien avec son histoire de vie, et elle prend conscience de certaines souffrances psychologiques non métabolisées. La part des consultations dédiée à l'examen de la cavité orale et aux explications plus somatiques diminue progressivement, tandis que la dimension psychique est approfondie. Les symptômes douloureux régressent également au fil des consultations, leur intensité se stabilisant à un niveau de 3/10, ce qui était son objectif en tant que douleur «supportable».

Après huit mois de suivi, M<sup>me</sup> D. a réussi à intégrer l'aspect biopsychosocial de ses brûlures, de revisiter son histoire de vie et ses relations interpersonnelles, et d'utiliser ses douleurs comme un «baromètre» des changements qu'elle vit, ce qui lui permet de les moduler.

## CONCLUSION

La réponse du système de soins aux patients présentant des plaintes chroniques inexplicables peut être un facteur de chronicisation: une réponse biomédicale seule, avec la multi-

plication des examens à la recherche d'une étiologie organique, semble être corrélée à une évolution défavorable des patients vers la chronicisation de leurs plaintes et de leurs symptômes.<sup>15</sup> La prise en charge conjointe médico-psychologique permet d'éviter le clivage organique-psychique, en mettant à jour les multiples dimensions impliquées dans la souffrance du patient. Il s'agit d'aider le patient à mieux comprendre la nature multidimensionnelle de la douleur, d'aborder l'ensemble des éléments biopsychosociaux pour ensuite travailler avec lui sur les attentes, les objectifs et les limites des propositions thérapeutiques.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

## IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les stomatodynies sont une pathologie qui doit être diagnostiquée en tant que telle et pour laquelle une prise en charge spécifique existe
- Le praticien ne doit pas nécessairement entreprendre lui-même le traitement indiqué
- La démarche du référé, différente d'un constat d'échec, permet une prise en charge optimale en consultation conjointe médico-psychologique

1 Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders: 2nd edition. Cephalgia 2004;24 (Suppl. 1):9-160.

2 Jääskeläinen SK. Pathophysiology of primary burning mouth syndrome. Clin Neurophysiol 2012;123:71-7.

3 \* Ducasse D, Courtet P, Olie E. Burning mouth syndrome: Current clinical, pathophysiologic, and therapeutic data. Reg Anesth Pain Med 2013;38:380-90.

4 Lipton JA, Ship JA, Larach-Robinson D. Estimated prevalence and distribution of reported orofacial pain in the United States. J Am Dent Assoc 1993;124:115-21.

5 International Association for the Study

of Pain, Task Force on Taxonomy; editors, Merskey H, Bogduk N. Classification of chronic pain: Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2nd ed. Seattle: IASP Press, 1994.

6 \* Klasser GD, Fischer DJ, Epstein JB. Burning mouth syndrome: Recognition, understanding, and management. Oral Maxillofac Surg Clin North Am 2008;20: 255-71.

7 Boureau F, Doubrère JF. Le concept de douleur. Du symptôme au syndrome. Doul Analg 1988;1:11-7.

8 \*\* Onnis L. Les langages du corps: la révolution systémique en psychosomatique. Paris: ESF, 1996.

9 \* Allaz AF. Introduction. In: Wrobel J,

ed. Aspects psychologiques de la douleur chronique. Paris: Institut Ursa de la douleur, 2003:7-14.

10 De Bertolini C, Rigatelli M, Rizzardo R, et al. Psichiatria di consultazione e collegamento. In: Pancheri P, Cassano GB (eds). Trattato italiano di psichiatria. Milano: Masson, 1999:3841-71.

11 Lipowski ZJ. Somatization: The concept and its clinical application. Am J Psychiatry 1988;145:1358-68.

12 Jung Wiggins E. Patients souffrant de troubles somatoformes: évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature. Thèse présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Genève pour obtenir le

grade de Docteur en médecine, 2000.

13 Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.

14 \*\* Vannotti M, Gennart M. L'expérience «pathique» de la douleur chronique: Une approche phénoménologique. Cah Critiques Ther Fam Prat Reseaux 2006;36:13-31.

15 Allaz AF. La plainte douloureuse chronique dans le système médical. Thèse d'habilitation au titre de Privat-Docteur à la Faculté de médecine de Genève, 1998.

\* à lire

\*\* à lire absolument