

Douleurs buccales et algies de la face

Algies de la face et douleurs buccales sont malheureusement très fréquentes. Si les étiologies en sont très variées et parfois associées, il faut noter d'emblée que la douleur buccale est, majoritairement, d'origine dentaire.

Quoi qu'il en soit, une telle plainte impose toujours un examen minutieux tant exo- qu'endobuccal qui permettra la hiérarchisation des examens complémentaires nécessaires à la découverte de l'étiologie.

Douleurs buccales et algies de la face

Rappel de l'innervation sensitive de la face

L'innervation sensitive de la face est sous la dépendance des branches terminales du nerf trijumeau (V^e paire crânienne) composée de deux racines, l'une motrice, l'autre sensitive. Les corps cellulaires des neurones sensitifs sont localisés dans le ganglion trigéminal de « Gasser ». Il en émerge trois branches terminales : le nerf ophtalmique (V1), le nerf maxillaire (V2) et le nerf mandibulaire (V3).

Quelques afférences sensibles empruntent le trajet du nerf facial (VII^e paire crânienne), le nerf glossopharyngien (IX^e paire crânienne) et le nerf vague (X^e paire crânienne), et participent à la sensibilité de l'oropharynx (surtout de la base de langue) et aussi de la zone de Ramsay-Hunt (conque et tragus de l'oreille externe).

Douleurs buccales et algies de la face

Examen clinique devant une douleur buccale

Interrogatoire

L'interrogatoire précise :

- le siège de la douleur, son point de départ, son extension, ses diverses irradiations ;
- le type de douleur (lourdeur, tension, brûlure, piquêre, décharge électrique, etc.) ;
- son intensité (au mieux évaluée sur l'échelle visuelle analogique ou sur une échelle sémantique) ;
- sa date d'apparition, son rythme ;
- les circonstances d'apparition et l'existence d'éventuels facteurs déclenchants ;
- ses signes d'accompagnement : œdème, rougeur, larmoiement, rhinorrhée, vertiges, etc. ;
- les conséquences de la douleur sur la vie courante (isolement, arrêt de travail, perte du sommeil, difficulté d'alimentation, trouble de l'humeur, etc.).

Douleurs buccales et algies de la face

Examen clinique

Il est stéréotypé, méthodique et associe un examen exobuccal, facial, puis endobuccal. Il comprend une inspection, puis une palpation.

L'examen endobuccal doit être bien éclairé par une lumière adaptée, s'aidant d'un abaisse-langue pour déplisser les circonvolutions muqueuses au niveau du plancher buccal, des sillons amygdaloglosses, des vestibules. La palpation est effectuée à l'aide d'un gant.

Ces examens recueillent toutes les données pathologiques :

- modification de coloration, œdème, ulcération ;
- induration ;
- troubles dynamiques, tant dans l'ouverture buccale qu'à la protraction de la langue et qu'à la mobilisation du voile du palais.

Douleurs buccales et algies de la face

Les examens complémentaires

C'est l'examen clinique qui en oriente l'indication. On distingue deux grands groupes : l'imagerie et les prélèvements.

Imagerie

Un cliché simple de type panoramique dentaire (ou orthopantomogramme) est un examen peu agressif, simple, et qui permet d'apporter beaucoup de renseignements tant sur les dents, leurs racines que sur l'os adjacent.

Les autres examens d'imagerie, que ce soit une tomodensitométrie (TDM) pour l'analyse osseuse ou une IRM pour l'analyse des parties molles, voire une échographie ou un autre examen plus spécialisé, de type sialographie, seront demandés en fonction des hypothèses diagnostiques évoquées.

Les prélèvements

Ce sont ceux de tout écoulement à visée bactériologique, virologique, mycologique, voire sérologique. Ce sont également les prélèvements cytologiques et histologiques pour l'analyse anatomopathologique de toute lésion douteuse.

Douleurs buccales et algies de la face

Orientation diagnostique devant une douleur buccale

Commodité mnémotechnique : il est d'usage de classer les douleurs buccales en fonction de la zone ou de l'organe douloureux, d'une part pour les douleurs localisées et des grands syndromes, d'autre part pour les douleurs diffuses.

Nous verrons ainsi :

- les douleurs dentaires et gingivales ;
- les douleurs muqueuses ;
- les douleurs sinusiennes ;
- les douleurs salivaires ;
- les douleurs osseuses ;
- les douleurs neurologiques et manducatrices ;
- et, enfin, les douleurs inexplicables.

Les douleurs dentaires et gingivales

Elles sont la première cause de douleurs buccales.

Douleurs pulpaires

Les douleurs pulpaires varient en fonction du degré d'inflammation de la pulpe, en rapport le plus souvent avec une carie dentaire (voir la Fig. 3 du chapitre 9, « génie évolutif de la carie dentaire »).

La carie, lorsqu'elle se limite à l'émail, est indolore. C'est la carie de la dentine qui entraîne la douleur caractéristique suivante : douleur brève après stimulus (froid, chaud, sucre, acide). C'est le stade d'hyperhémie pulpaire, stade d'alarme de la pulpite.

Cette pulpite évolue en plusieurs étapes :

La pulpite aiguë séreuse ou « rage de dents » se traduit par une douleur vive, irradiée homolatérale. Elle est provoquée, puis progressivement spontanée. La dent causale est parfois difficile à identifier. L'examen clinique retrouve une

cavité profonde avec de la dentine ramollie (ou une obturation métallique). L'évolution se fait spontanément vers la pulpite purulente ou la pulpite chronique.

La pulpite purulente : la douleur est exacerbée, provoquée et spontanée. Elle est pulsatile, violente, durable, irradiée dans toute la cavité buccale. L'évolution spontanée se fait vers l'atteinte du desmodonte ou par la chronicité.

Les pulpites chroniques correspondent à un état dégénératif. La forme ulcérée est une érosion de la partie exposée de la pulpe, la forme hypertrophique correspond au contraire à une prolifération exubérante de tissu pulpaire. La symptomatologie est fruste dans les deux cas. L'évolution se fait vers la mortification pulpaire ou peut rester à l'état stationnaire pendant des années.

Les douleurs parodontales

Le parodonte ou tissu de soutien de la dent est douloureux lorsqu'il y a percussion de la dent.

La parodontite apicale aiguë (ou desmodontite aiguë séreuse, ou périodontite ou monoarthrite) : elle succède à la pulpite signe de diffusion de l'infection dans l'espace péri-apical. La douleur est lancinante, parfois intense, aggravée par le décubitus et la chaleur. La sensation de « dent longue » est caractéristique, traduisant l'inflammation du ligament alvéolo-dentaire.

L'examen clinique retrouve un œdème et une inflammation de la gencive en regard de la dent causale et la percussion axiale de la dent est très douloureuse. La dent est souvent mobile et un élargissement du desmodonte est visible sur la radiographie.

La desmodontite aiguë suppurée : en plus des signes précédents, il y a souvent une altération de l'état général et surtout une collection suppurée qui évoluera vers la fistulisation.

La desmodontite chronique peut s'installer d'emblée ou après une desmodontite aiguë. La dent apparaît mortifiée (grise). La percussion axiale n'est pas toujours sensible. Il existe une voussure osseuse vestibulaire, avec ou sans fistule. La réaction immunitaire à l'infection se traduit par l'apparition d'un granulome apical tissu de granulation appendu à l'extrémité de la racine. Celle-ci est bien visible sur une radiographie simple (orthopantomogramme, cliché rétro-alvéolaire ou cliché mordu). L'évolution se fait vers l'installation d'un kyste radiculo-dentaire ou vers une poussée aiguë infectieuse

locorégionale pouvant s'étendre à la périphérie sous forme de cellulite, d'abcès sous-périostés, voire d'ostéite ou, pour les dents du maxillaire, vers une sinusite.

Les abcès d'origine dentaire

Cette douleur est typiquement vive, lancinante, insomnante. Elle s'accompagne de signes généraux infectieux parfois sévères et de signes locaux parfois spectaculaires : œdème, comblement vestibulaire, rougeurs cutanées en regard de la dent incriminée, trismus, adénopathie cervicale.

Ces abcès sont une complication évolutive des affections précédentes non ou mal traitées.

Les autres douleurs d'origine dentaire

L'alvéolite après extraction dentaire : elle peut être séreuse ou suppurée. Elle se manifeste par une douleur violente, irradiée, point de départ parfaitement reconnu, survenant deux à trois jours après l'avulsion de la dent causale.

L'accident d'évolution de la dent de sagesse mandibulaire associe des douleurs locorégionales avec des signes locaux inflammatoires. La gencive en regard de 38 ou 48 est inflammatoire (péricoronarite) et parfois du pus suinte de la poche péricoronaire. Au maximum s'installe un trismus parfois serré.

Les douleurs induites par un traitement orthodontique : elles sont en général liées à la mobilisation dentaire un peu trop rapide et cessent dès que la dynamique de mobilisation est modérée. Un examen minutieux doit cependant toujours être effectué afin d'éliminer une blessure muqueuse par le matériel orthodontique en place.

Douleurs buccales et algies de la face

Les douleurs d'origine muqueuse

La plupart des altérations de la muqueuse buccale sont source de douleurs. Le diagnostic est en règle générale aisé lorsque la lésion survient sur une surface muqueuse accessible à un examen clinique simple.

Ulcérations traumatiques

Les ulcérations traumatiques peuvent être dues à :

- un traumatisme dentaire (dent cassée, délabrée) ;
- une prothèse dentaire inadaptée ;
- une morsure muqueuse (muqueuse jugale) ;
- une brûlure par ingestion trop chaude ;
- ou à tout autre agent traumatisant (chute sur un instrument endobuccal chez les enfants).

Dans ce cas, si la douleur est vive, l'examen retrouve la plupart du temps une lésion aux bords réguliers, discrètement érythémateuse. Il y a peu ou pas d'induration. En général, la suppression de l'agent causal doit entraîner la guérison de la lésion en quelques jours.

Toute lésion persistant plus d'une quinzaine de jours doit être biopsiée.

Aphte buccal

C'est une cause très fréquente de douleurs. Celle-ci est continue, parfois insomnante, exacerbée par ingestion de certains aliments. Il s'agit d'une ulcération la plupart du temps unique, bien arrondie, aux bords réguliers, au fond plat et fibrineux, entourée d'un halo un peu rouge. À la palpation, la base est souple.

Des grandes aphtoses buccales que nous retrouvons au cours de certains traitements immunosuppresseurs ou après chimiothérapie imposent parfois une hospitalisation et une alimentation parentérale ou par sonde gastrique, car elles interdisent toute alimentation.

Cancers de la cavité buccale

Les tumeurs endobuccales, au premier rang desquelles se situe le carcinome épidermoïde, sont souvent douloureuses spontanément, mais surtout à la mastication, limitant l'alimentation. À l'examen, ces ulcérations sont typiquement à bords surélevés et surtout elles sont indurées et saignent au contact. Toute lésion de ce type doit impérativement faire pratiquer une biopsie à visée diagnostique.

Les autres tumeurs de type lymphome se manifestent sous forme d'une tumeur douloureuse, congestive inflammatoire et doivent, elles aussi, faire l'objet d'une biopsie à visée diagnostique.

Maladies infectieuses

C'est dans la plupart des cas l'ulcération muqueuse que les maladies infectieuses provoquent qui donne le caractère algique à la lésion. Il peut s'agir :

- D'une ulcération unique :

La tuberculose buccale se manifeste par une ulcération irrégulière, non indurée, à fond jaunâtre, à base ferme, sans halo périphérique, mais très douloureuse.

Les autres ulcérations sont plus ou moins douloureuses, qu'elles soient dues à une lymphoréticulose bénigne d'inoculation (maladie des griffes du chat) ou à une infection CMV.

À noter que le chancre d'inoculation d'une syphilis primaire est en général indolore.

- D'une ulcération multiple :

L'herpès buccal (HSV de type 1) se manifeste par des vésicules qui laissent place à des ulcérations disséminées, dans un contexte fébrile. Elles sont cause d'odynophagie sévère et s'accompagnent d'adénopathies satellites également douloureuses.

Toutes les autres infections, qu'elles soient à VZV, à Coxsackie virus, HSV de type 8, infections à staphylocoque ou streptocoque peuvent entraîner des gingivites ou des mucites sévères et donc très douloureuses. La gingivite ulcéronécrotique des immunodéprimés est elle-même extrêmement douloureuse.

Les mycoses : essentiellement par candidoses, elles occasionnent des douleurs à

type de « cuisson » prédominant sur la langue. Ces candidoses peuvent se manifester soit par une stomatite érythémateuse (langue rouge et vernissée), soit par un muguet buccal (lésion blanche se laissant bien détacher par l'abaisse-langue).

Les autres douleurs muqueuses

Toute pathologie générale peut se manifester au niveau de la muqueuse buccale par des lésions douloureuses.

Les toxidermies d'origine médicamenteuse se manifestent habituellement par un érythème polymorphe.

Le pemphigus ou le pemphigoïde cicatriciel est également douloureux.

La mucite induite par radiothérapie est quasi constante. La douleur diffuse de toute la cavité buccale est augmentée par l'absence de salive et rend parfois l'alimentation extrêmement difficile.

Douleurs buccales et algies de la face

Les douleurs sinusiennes

Les sinusites frontales

Les sinusites frontales sont caractérisées par des douleurs parfaitement localisées, inter-sourcilières, irradiant vers le front.

Les sinusites maxillaires

La sinusite d'origine dentaire se manifeste typiquement par une douleur unilatérale pulsatile, insomniente avec cacosmie.

L'examen retrouve habituellement l'origine sur une dent sinusienne (deuxième prémolaire et molaires).

Douleurs buccales et algies de la face

Les douleurs salivaires

Les lithiases salivaires

En dehors de tout contexte infectieux, les lithiases salivaires se manifestent typiquement par une douleur vive, aiguë, brutale au décours d'un repas : c'est la colique salivaire qui s'accompagne rapidement d'une hernie. Celle-ci est majoritairement d'origine submandibulaire.

Au stade infectieux, les lithiases donnent les manifestations douloureuses de toute infection locale (whartonite), puis locorégionale (périwhartonite), voire d'abcès du plancher buccal avec des signes locaux et généraux qui l'accompagnent :

- la sialadénite aiguë virale la plus typique est la parotidite ourlienne, qui donne une douleur prétragienne aiguë (oreillons) ;
- la sialadénite suppurée avec écoulement de pus à l'ostium de la glande salivaire considérée se voit surtout chez les sujets immunodéprimés ou déshydratés. La douleur est typiquement à type de tension.

Les tumeurs salivaires

Les tumeurs salivaires bénignes sont en général indolores.

La survenue d'une douleur chez un patient porteur d'une tumeur de glande salivaire doit faire considérer celle-ci comme maligne jusqu'à preuve du contraire.

Douleurs buccales et algies de la face

Les douleurs osseuses

Les fractures

Toute fracture des os de la face est douloureuse par mobilisation du foyer fracturaire. Cela est d'autant plus vrai au niveau mandibulaire, seul os mobile de la face.

Les ostéites

Qu'elles soient d'origine dentaire ou par évolution du voisinage, les ostéites se traduisent par une douleur lancinante, fluctuante, non rythmée.

L'ostéoradionécrose ou ostéite post-radique

L'ostéoradionécrose survient quelques années après une radiothérapie pour tumeur de la tête et du cou. La cause la plus souvent rencontrée est dentaire. L'aspect osseux sur la radiographie est caractéristique avec une ostéolyse progressive toujours très difficile à traiter.

Devant toute ostéolyse après radiothérapie, il faudra s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une poursuite évolutive ou d'une récurrence tumorale.

Les tumeurs osseuses bénignes

Les tumeurs osseuses bénignes ne sont pas douloureuses en dehors d'une poussée inflammatoire ou infectieuse.

Les tumeurs osseuses malignes

Les tumeurs osseuses malignes peuvent devenir douloureuses par envahissement des trajets nerveux au niveau du nerf alvéolaire inférieur pour les tumeurs mandibulaires. Habituellement, cette douleur s'accompagne de dysesthésies dans le territoire considéré ; il en va de même pour les douleurs dans le territoire du V2.

Douleurs buccales et algies de la face

Les douleurs neurologiques

La névralgie du trijumeau

Il s'agit d'une affection dont la physiopathologie est encore discutée. Elle se manifeste par des douleurs paroxystiques dans le territoire sensitif du nerf trijumeau. Trois femmes sont atteintes pour deux hommes. Une des théories évoquées serait un conflit vasculo-nerveux de l'angle ponto-cérébelleux. Les caractéristiques de la douleur sont : une extrême douleur plus ou moins brève, mais toujours discontinue. Cette douleur est paroxystique, fulgurante, en éclair à type de décharge électrique. Elle dure quelques secondes et se répète en salves espacées d'intervalles indolores. Elle peut survenir spontanément ou après stimulation d'une zone dite « *zone gâchette* » ou « *trigger zone* ».

La névralgie faciale secondaire

Elle intéresse aussi le territoire des trois branches du nerf trijumeau. Elle peut se retrouver dans des pathologies à type sclérose en plaque, zona du ganglion trigéminé ou toute tumeur de la base du crâne. Parfois extrêmement violente, elle n'a pas les caractéristiques de la névralgie faciale, elle ne s'accompagne pas de *trigger zone* mais, en revanche, souvent de dysesthésies, voire d'hyperesthésies dans le territoire considéré.

L'algie vasculaire de la face

Il s'agit d'une douleur latéralisée, fronto-orbitaire, irradiant vers le cuir chevelu, la mandibule et la région cervicale.

Elle est *pulsatile* et précède l'apparition de *troubles vasomoteur et sympathiques* (larmoiement, rhinorrhée, rougeur de la face, œdème).

Cette douleur est décrite comme la sensation de broiement, de brûlure. Elle est

d'apparition brutale, dure environ 1 h, est périodique pendant 1 ou 2 mois, puis disparaît pour revenir quelques mois plus tard.

La névralgie du glossopharyngien (XII)

Bien moins fréquente que la névralgie du trijumeau, la névralgie du glossopharyngien (XII) se manifeste par une douleur unilatérale de la langue en coup de couteau ou à type de piqûres ressenties au niveau de la base de langue. C'est une douleur qui irradie vers l'oreille et le pharynx. Elle est parfois déclenchée par la toux, le bâillement ou la déglutition. Il existe une zone gâchette à rechercher sous la base de langue. Le diagnostic en est parfois difficile et doit toujours faire éliminer un carcinome de la base de langue ou de la tonsille.

Douleurs buccales et algies de la face

Les douleurs manducatrices

Ce sont des douleurs liées à l'articulation temporo-mandibulaire.

Les douleurs aiguës de l'articulation temporo-mandibulaire (ATM)

On distingue :

- l'arthrite aiguë de l'ATM : elle est rare, elle se traduit par des signes inflammatoires locaux, une limitation d'ouverture buccale. On peut retrouver des antécédents de traumatisme, d'infiltration locale, voire d'infection du voisinage ;
- les fractures de l'ATM : elles entraînent une limitation douloureuse de l'ouverture buccale essentiellement par la réaction de contracture musculaire des ptérygoïdiens et notamment du ptérygoïdien latéral ;
- la luxation bilatérale de l'ATM : elle laisse la bouche ouverte, impossible à fermer, et une glène vide à la palpation. Elle impose une réduction rapide par la manœuvre de Nélaton.

Les douleurs chroniques de l'ATM

Ce sont des douleurs fréquentes ; elles signent essentiellement un *dysfonctionnement de l'articulation temporo-mandibulaire*.

Il s'agit habituellement d'une désunion condylo-discale. Les douleurs sont péri-articulaires, latéro-faciales, pré-auriculaires et rétro-orbitaires. Elles peuvent s'accompagner de myalgies temporales et massétériques irradiant volontiers vers les secteurs molaires supérieurs et inférieurs. L'examen clinique retrouve la douleur temporo-mandibulaire à la pression du conduit auditif externe et à la palpation endobuccale des muscles masticateurs.

Lors de l'ouverture buccale, il y a un ressaut et un claquement et l'ouverture buccale est habituellement en baïonnette.

L'origine de ces dysfonctionnements est le plus souvent dentaire par anomalie

de l'articulé.

Douleurs buccales et algies de la face

Douleurs buccales « sans causes »

Ces douleurs appelées encore glossodynies, stomatodynies, odontalgies atypiques, rassemblent toutes les douleurs buccodentaires pour lesquelles aucune cause organique n'est retrouvée.

Les glossodynies se manifestent par des douleurs linguales à type de brûlure, de picotement. Elles peuvent s'accompagner de stomatodynies à type de brûlure du palais, des gencives, des crêtes maxillaires édentées. Très mal vécues par les patients qui en souffrent, elles peuvent à la longue se voir dans un contexte dépressif parfois sévère.

Les odontalgies atypiques sont des douleurs dentaires lancinantes, continues. L'examen buccodentaire ne retrouve habituellement aucune lésion dentaire ou gingivale. Elles seraient liées à des problèmes de dysfonctionnement végétatif local.

À retenir

- Si la douleur buccale est un motif très fréquent de consultation, elle peut être un élément clinique de très nombreuses étiologies. Toute douleur d'origine buccale impose un examen clinique stéréotypé tant exo- qu'endobuccal qui orientera au mieux un bilan paraclinique adapté. Toute lésion suspecte de la muqueuse buccale doit être biopsiée, l'obsession du clinicien étant d'éliminer une tumeur maligne.
- Les algies de la face sont caractérisées par le territoire neurologique atteint et, dans leur forme névralgique, par une zone gâchette déclenchante.

