

Glossodynie et thérapie cognitive et comportementale

Une nouvelle approche dans le traitement des glossodynies

P. Bonfils, Ph. Peignard, D. Malinvaud

Laboratoire de recherche ORL et Service d'ORL et de Chirurgie Cervico-Faciale, Formation Associée Claude Bernard et Unité CNRS UPRESSA 7060, Hôpital Européen Georges Pompidou, Faculté Necker – Enfants Malades, Université René Descartes, 20 rue Leblanc, F-75015 Paris.

Tirés à part : P. Bonfils, adresse ci-dessus.

E-mail : pierre.bonfils@egp.ap-hop-paris.fr

Reçu le 8 juillet 2004. Accepté le 15 avril 2005.

Cognitive-behavioural Therapy in Burning Mouth Syndrome

P. Bonfils, Ph. Peignard, D. Malinvaud

Ann Otolaryngol Chir Cervicofac, 2005 ; 122, 3 : 146-149

Objective : The aim of this study is to present a new approach of burning mouth syndrome treatment by cognitive and behavioral therapy

Methods : Cognitive and behavioral therapy in a patient with severe and resistant burning mouth syndrome

Results : Disappearing of the oral pain of the burning mouth syndrome

Conclusion : After a review of the literature, we propose the treatment of burning mouth syndrome by cognitive and behavioral therapy

Key words: Burning mouth syndrom, cognitive-behavioural therapy, pain, dysgeusia.

Glossodynie et thérapie cognitive et comportementale

Objectif : Rappporter une nouvelle approche du traitement des glossodynies par thérapie cognitive et comportementale.

Méthode : Thérapie cognitive et comportementale chez une patiente ayant une glossodynie sévère et résistante aux traitements conventionnels.

Résultats : Disparition de la douleur de la glossodynie.

Conclusion : Après une analyse de la littérature, la thérapie cognitive et comportementale peut être proposée dans le traitement des glossodynies.

Mots-clés : Glossodynie, burning mouth syndrome, douleur, dysgueusie, thérapie cognitive et comportementale.

INTRODUCTION

Le traitement des douleurs chroniques pose un lourd problème aussi bien en terme de souffrance humaine qu'en termes économiques (\$18 billions aux USA chaque année). Le principe du traitement de la douleur est de traiter son étiologie. Néanmoins, lorsque l'étiologie est difficile à traiter ou en l'absence d'étiologie évidente, la douleur est prise en charge comme un symptôme indépendamment de son origine. De multiples alternatives thérapeutiques sont proposées : traitements médicamenteux de divers degrés, stimulation corticale etc... Parallèlement à ces traitements physiques, le principe de la nécessité d'une prise en charge psychologique s'est affirmée depuis de nombreuses années. En effet, les processus corticaux ont été clairement impliqués dans l'intégration des aspects affectifs et émotionnels de la douleur [1]. Des facteurs comportementaux, sociaux, psychologiques ont été indiscutablement associés à la sévérité de la douleur, au statut émotionnel du patient, à son travail, à la gêne ressentie [2]. Une approche comportementale de la douleur a été développée depuis les années 1960 et des thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont été utilisées depuis le début des années 1980. De très nombreuses publications ont fait état de résultats significatifs des TCC sur l'intensité de

la douleur, la détresse et l'anxiété liées à la douleur, la qualité de vie au quotidien [2]. Parallèlement, des théories et des modèles expérimentaux ont été bâtis et validés permettant d'expliquer cet effet clinique [3].

Le terme de glossodynie (*burning mouth syndrome* dans les pays anglo-saxons) regroupe probablement des pathologies variées autour d'une unité symptomatique. Le diagnostic doit être suspecté devant la présence de deux grands critères sémiologiques : (i) l'existence d'une triade symptomatique associant des douleurs de la cavité orale, une dysgueusie et une xérostomie, et (ii) une absence de lésion décelable cliniquement dans la cavité orale, en particulier en regard des zones douloureuses [4, 5]. Il existe des formes plus ou moins complètes de glossodynie dans lesquelles les trois symptômes principaux sont plus ou moins présents. La triade symptomatique est rarement complète. Dans la glossodynie, le symptôme largement dominant est la douleur. On classe usuellement la douleur de la glossodynie en trois types. La glossodynie de type I est intermittente, débutant en fin de matinée et atteignant son acmé le soir ; la douleur de type II est permanente et la douleur de type III est intermittente sans séquence temporelle précise [6].

Les bases physiopathologiques de la glossodynie sont encore mal comprises et d'innombrables hypothèses ont été émises. Il n'est pas illicite de penser que ce syndrome puisse regrouper des pathologies diverses. Les hypothèses physiopathologiques citées le plus souvent dans la littérature sont les troubles hormonaux survenant autour de la ménopause, des déséquilibres nutritionnels, certaines carences vitaminiques (vitamine B1, B6, B12), une carence en fer ou en acide folique, le diabète, une neuropathie périphérique, une origine psychiatrique etc. [5, 7-10].

Cette absence claire de base physiopathologique explique les incertitudes relevées dans la littérature quant au type de traitement à proposer. Aucun traitement n'a montré une efficacité claire et peut être considéré comme satisfaisant [5]. Tous les auteurs insistent sur l'importance de la prise en charge psychologique dans laquelle le patient doit être informé de la réalité de l'affection, de l'absence de pathologie grave sous-jacente (cancérophobie). Les traitements médicaux proposés ont consisté en des prescriptions de vitamines, d'antalgiques, et chez les patients ayant une forte composante psychologique, d'anxiolytiques de la classe des benzodiazépines, d'anti-dépresseurs tricycliques [4, 5, 11]. Des applications intra-buccales de capsaïcine ont été également utilisées sur les sites douloureux [12]. Plus récemment, le clonazépam en comprimés sucés a été utilisé avec une certaine efficacité attribuée à une action locale.

L'importance des facteurs psychologiques [6], soulignée par l'ensemble des auteurs dans la littérature, dans la glossodynie nous a conduit à proposer un traitement par thérapie cognitive et comportementale.

CAS CLINIQUE

Madame M, 69 ans, présente depuis cinq années deux symptômes affectant la cavité buccale. Elle se plaint de douleurs violentes à type de brûlure prenant toutes les faces de la cavité buccale, aussi bien la langue que les joues et le palais. Les mots employés par la patiente sont : « brûlure », « acidité », et « crise d'aphte » bien qu'aucun aphte n'ait été mis en évidence. Ces douleurs sont associées à une dysgueusie sous forme d'une « acidité » présente en permanence dans la cavité buccale, masquant le goût des aliments. Ces brûlures et cette dysgueusie surviennent nuit et jour, entraînant des périodes de troubles alimentaires conduisant à des pertes pondérales pouvant aller jusqu'à cinq kilogrammes. Il n'existe pas de xérostomie. Lors des périodes douloureuses, les examens médicaux ont toujours été négatifs et n'ont pas mis en évidence de lésion buccale. Tous ces symptômes sont consécutifs à des soins dentaires qualifiés d'inutiles et de particulièrement violents effectués en 1996 et 1997 et entraînant une souffrance encore présente. Ces soins auraient été réalisés après une lecture erronée d'un cliché panoramique dentaire.

L'interrogatoire de Madame M permet de reconstituer un vécu difficile. Son père était violent et Madame M a vécu cette relation paternelle comme une relation de tortionnaire. La mort à l'âge de 57 ans de ce père terrifiant a été ressentie comme une libération d'un grand seigneur et maître au regard foudroyant auprès duquel il était inconvenant de se plaindre. Madame M était une enfant en retrait, dernière d'une fratrie de cinq enfants dont l'avant-dernier, le seul garçon de la fratrie, était le favori de la famille. A l'opposé de la violence du père se tenait une mère très douce. Depuis cette enfance difficile, Madame M présente d'autres manifestations anxieuses comme une agoraphobie, une claustrophobie. Elle vit difficilement les relations qu'elle entretient avec ses propres enfants notamment après les problèmes de santé de son fils qui a du être opéré d'un problème digestif et pour lequel elle craint des suites post-opératoires difficiles. Il existe également des problèmes relationnels actuels dans les couples de ses deux enfants.

Cette glossodynie a été explorée et traitée depuis cinq années. Un reflux gastro-œsophagien a été recherché par pHmétrie et fibroscopie œso-gastrique. Une étude du pH salivaire a été effectuée à deux reprises et il s'est avéré normal. Des examens bactériologiques sur des prélèvements de la cavité buccale ont été négatifs. Madame M n'a aucun antécédent médico-chirurgical hormis une appendicectomie et une discrète hypercholestérolémie. Plusieurs examens radiologiques cérébraux et cervicaux (scanner et IRM) ont été réalisés et se sont avérés normaux. Les traitements proposés ont été des comprimés à sucer à base de bétaméthasone, des traitements anti-reflux gastro-œsophagien (oméprazole), des gels de xylo-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9361488>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9361488>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)